

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

IVANA CARNEIRO BOTELHO

**NARRANDO EXPERIÊNCIAS, MONTANDO CA(U)SOS.
ANÁLISES DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL
INFANTO-JUVENIL.**

**VITÓRIA
2014**

IVANA CARNEIRO BOTELHO

**NARRANDO EXPERIÊNCIAS, MONTANDO CA(U)SOS.
ANÁLISES DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL
INFANTO-JUVENIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área de Subjetividade e Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros.

VITÓRIA
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

B748n Botelho, Ivana Carneiro, 1988-
Narrando experiências, montando ca(u)sos : análises das práticas de cuidado na saúde mental infanto-juvenil / Ivana Carneiro Botelho. – 2014.
149 f.

Orientador: Maria Elizabeth Barros de Barros.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Saúde mental infantil - Cuidados. 2. Adolescentes – Saúde mental - Cuidados. 3. Políticas públicas. 4. Narrativa (Retórica). I. Barros, Maria Elizabeth Barros de, 1951-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

IVANA CARNEIRO BOTELHO

**NARRANDO EXPERIÊNCIAS, MONTANDO CA(U)SOS.
ANÁLISES DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL
INFANTO-JUVENIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, 24 de Julho de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Orientadora Maria Elizabeth Barros de Barros, Dra.
Universidade Federal do Espírito Santo

Maria Cristina Ventura Couto, Dra.
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Heliana de Barros Conde Rodrigues, Dra.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Luciana Vieira Caliman, Dra.
Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Dentro de um sentimento forte de gratidão, escrevo essas palavras de agradecimento sabendo de suas limitações em expressar tamanho afeto. É nessa limitação que cito alguns nomes de pessoas que fizeram parte dessa jornada-mestrado, que estão comigo nessa jornada-vida e que continuarão acompanhando minha existência, sabendo que muito mais está presente nessa companhia – já começo agradecendo à presença divina, força criativa, sopro de vida, todas as coisas do céu e da terra. Agradeço a meus pais, Ivair e Julieta, que me proporcionaram voos mais altos e chão para repousar. Aos meus irmãos, Juliana e Patrício, pelo amor fraterno. Ao meu também companheiro de agruras de mestrado, Ricardo, obrigada pelo carinho, paixão e pela “boniteza” dessa relação. Aos amigos, que escutaram algumas vezes nesses dois anos: *“não vai dá, tenho que escrever”*. Agradeço a compreensão, o apoio, a força, a torcida e as faturas. Vivi, Gigi, Magno, Babi, Japa. A amiga Cris que, mesmo de longe, foi forte aliança. Agradeço, com gostinho de boas lembranças dos bons encontros, aos colegas que encontrei nesse período de mestrado. Aos professores do PPGPSI, a Turma 06, a Soninha e Sílvia. À minha orientadora, Beth Barros, que apostou e confiou neste trabalho e que sempre me lembrava da “questão da pesquisa” e de um estilo próprio de narrar. Aos meus co-orientadores do grupo de pesquisa, que faziam o rico exercício de desestabilizar e a ajudar, depois, montar o mosaico: Jésio, Jana Brito, Luzimar, Uebinho, Cléver, Ellen, Renata, Bia. Jana Mariano, eterna professora e amiga cuidadosa. Ao PFIST, por me fazer lembrar a força da construção de políticas públicas com o Fórum COSATE e pelas segundas-feiras gostosas de estudos do “cuidado de si”. A Nat Domi, pela atenção das leituras e comentários. A banca de qualificação, Luciana Caliman, Heliana Conde e Eduardo Passos, que fizeram importantes intervenções no trabalho e me apontaram para uma “pegada” singular. Agradeço as discussões e supervisões na aventura de consultório com Rafa, Gisele, Gigi, Marina e Ellen. Aos que foram peça fundamental na constituição da problemática que envolveu essa pesquisa: o Programa de Extensão “Atenção à saúde mental de crianças e adolescentes”, aos meninos e meninas que por lá passaram, aos colegas extensionistas e estagiários, a Fabi e Sônia, aos professores que acompanharam essa formação - Ana Augusta, que dizia com frequência, *“ouve mais um pouco”*, nos apontando uma “ética da escuta” e Ruy Perini de quem certa vez ouvi dizendo que a na palavra “cura” tem a palavra “cuidado”, nos indicando a “cura como cuidado” e de que “Não há remédio certo”. Aos que ajudaram a sustentar a problematização desta pesquisa – a toda equipe do CAPSi de Vitória/ES, aos encontros em preparação e ação

para o CONCAPSi, as falas provocativas e formadoras de Cristina Ventura, que esteve presente nessa pesquisa desde sua concepção. Aos sujeitos com os quais me encontro como psicóloga - meninos, meninas, homens, mulheres e colegas de trabalho - que me forçam a inventar práticas de cuidado, que me instigam com suas histórias e estórias e que me inquietam com uma vida que insiste em pulsar. Grata!

RESUMO

Este trabalho apresenta algumas análises das práticas de cuidado junto a crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. Para tanto, empreende a montagem de casos de meninos e meninas que fazem uso de algum equipamento da Saúde Mental. A pesquisa se pauta em uma “política da narratividade” que toma as narrativas como diagrama processual das experiências no campo. Nesse sentido, a montagem dos casos se faz por um procedimento de traçar as práticas de cuidado, visibilizar as políticas em curso, cartografar os elementos heterogêneos. Desse modo, são feitas discussões e problematizações de algumas práticas no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil: o tardio enfrentamento da Saúde Mental com as questões da infância e adolescência; o abrigo como única forma de cuidado; a produção do Autismo e dos espaços de especialismos; a orientação de uma política da Atenção Psicossocial; os dispositivos inovadores como o CAPSi; o debate aberto e público das políticas de cuidado. Afirmamos que a construção de políticas que sejam públicas está na invenção das práticas de cuidado no cotidiano dos serviços; na disponibilidade de encontro com cada menino e menina; na singularidade dos casos; na processualidade da constituição do campo de atuação, das leis, das portarias; nos movimentos sociais; nos analisadores, que colocam em questão as práticas naturalizadas. Esse é o sentido maior que este trabalho oferta, a não cristalização das políticas e sim a invenção laboriosa das práticas de cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental Infanto-juvenil; Práticas de cuidado; Políticas públicas; Narrativas.

ABSTRACT

This work presents some analysis of care practices among children and adolescents in the mental health field. To do so, it undertakes the mounting cases of boys and girls who make use of some Mental Health equipment. The research stands by a "policy of narratives" that takes the narrative as a procedural diagram of experiences in the field. In this sense, the assembly of the cases is done by a procedure by tracing the care practices, giving visibility to existing policies, mapping the heterogeneous elements. In this way, discussions and problems found by some practices are made in the field of Mental Health of Children and Adolescents: the late facing with the mental health issues of childhood and adolescence; sheltering as the only way to care; the production of the Autism and specialism spaces; the guidance of a policy of Psychosocial Care; innovative devices like CAPSi; the open and public debate of care policies. We affirm that the construction of policies that are in fact public enables the invention of care practices in everyday services; in the availability of meeting with every boy and girl; in the uniqueness of the cases; processuality in the constitution of the field of action, of laws and ordinances; in social movements; in the analyzers, which bring into question the naturalized practices. This is the biggest sense of this study, a no crystallization of policy but the invention of laborious care practices.

Keywords: Mental Health of Children and Adolescents; Care practices; Public Policies; Narratives.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 Um Menino que pulava para falar. O ca(u)so que coloca questões.	13
1.1 Quais os <i>lugares</i> produzidos para crianças e adolescentes na Saúde Mental?	13
1.2 Modulações da pesquisadora e do campo problemático. Narrativa de uma inquietação.	17
1.3 “Entre pedras de espera e pontos de suspensão” – O trabalho de Foucault como recurso para analisar as práticas.	25
1.4 Práticas médico-pedagógicas objetivam a “criança anormal”	32
1.4.1 Separação entre infância e loucura. Junção do espaço psiquiátrico com o modelo pedagógico.	33
1.5 As linhas do caso, as práticas de cuidado.	38
2 Uma Menina-moça que escrevia cartas. O que a Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar no campo da infância e adolescência?	42
2.1 De quais lugares sair?	42
2.2 Uma Menina-moça que escrevia cartas. Endereçando pedidos de amor e pedidos de saída.	45
2.3 O Ambulatório e o Abrigo. Os que “ambulam” e os que passam pelo “inevitável caminho” do abrigamento.	47
2.4 Um Abrigo e alguns efeitos de suas práticas	55
2.4.1 Maria veio das bandas de lá, do Contestado.	57
2.4.2 Entre o dito e o feito, Maria arranja um jeito. O banho, o barulhinho, o brinquedo, bonecas. E o canto.....	61
2.5 O que a Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar no campo da infância e adolescência? Os pedidos de saída da Menina-moça.	66
3 Um Menino que é fácil esquecer. Co-memorar o trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).	70
3.1 Às <i>voltas</i> com o CAPSi.	70
3.2 Um terreno sendo preparado.....	71
3.3 Montando e desmontando o Menino que é fácil esquecer.....	73

3.4 Política dos “espacialismos” – espaços de especialismos.	77
3.5 Co-memorar: memória de um trabalho.	88
3.6 Linhas de invenções.	95
4 O “Caso Congresso”. Pistas para a construção de políticas públicas.....	99
4.1 No caminho para o Congresso, as palavras de Gentileza.	99
4.2 Das Convocações.....	110
4.3 No caminho, ao caminhar. Pistas para a construção de políticas públicas de Saúde Mental Infanto-juvenil.	113
5 A montagem dos “ca(u)sos” em uma política da narrativa.....	122
5.1 As práticas de escrita, um <i>ethos</i> de pesquisa.	122
5.2 Transversalizar os casos.	127
5.3 A escrita como <i>patchwork</i>	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
ANEXO A.....	144
ANEXO B.....	148

INTRODUÇÃO

Ao tratarmos das práticas de cuidado no campo da Saúde Mental com crianças e adolescentes nos situamos em um cenário de construção recente de uma política de saúde que enfrenta um histórico modelo asilar. Há um déficit assistencial coexistindo com a complexidade da demanda em Saúde Mental para o público infanto-juvenil (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Um conjunto de mudanças nas práticas com meninos e meninas nesse campo foi e está sendo engendrado com as transformações nas concepções de infância, de adolescência, de loucura e na criação dos dispositivos institucionais para esse público. Mudanças que se efetuem nas micro-relações cotidianas, nas experiências concretas dos serviços.

Podemos elencar como alguns marcos legais e institucionais indicativos dessas mudanças, a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001) e a Portaria MS 336/02, que versam sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais. A portaria é mais específica no redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental porque estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diferentes modalidades. O CAPS infanto-juvenil constitui-se como um serviço ambulatorial de atenção diária, destinado a crianças e adolescentes com “transtornos mentais”.

É preciso lembrar que esses marcos de transformações na Saúde Mental foram disparados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica e se efetuem no terreno do Sistema Único de Saúde (SUS), outra grande conquista e mudança no que se refere às práticas de saúde no Brasil. O Movimento da Reforma Sanitária desemboca na constituição do SUS em forma de legislação (Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, Lei nº 8142/90) e permanece a luta para a efetivação de seus princípios ético-doutrinários (universalidade, equidade, integralidade). No que se refere às mudanças nas práticas e na concepção de infância e adolescência, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) que também tem uma história de lutas em defesa da dignidade de vida dos meninos e meninas, não mais “menores”, mas “sujeitos de direitos”.

É em meio a tais transformações que esta pesquisa se desenvolve. As mudanças são efeitos dos movimentos instituintes e não têm as leis e os serviços criados como “ponto de chegada”. O “cumpra-se” da legislação não garante a construção de políticas que

sejam públicas. No entanto, ela mostra publicamente um direcionamento das práticas de cuidado. Apostamos que as políticas são construídas e inventadas junto com as práticas cotidianas dos serviços, as lutas de forças, os movimentos sociais e os processos de constituição dos campos de ação. Nesse sentido, também remetemos as leis, as portarias e os serviços a essa dimensão produtiva das práticas.

“Práticas” é uma “ferramenta-conceito-chave” trabalhada por Foucault (2003) e usada nessa pesquisa para empreender algumas análises dos direcionamentos de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil. O uso desse conceito nos serve para historicizar e problematizar as práticas, não as tomando como naturais e necessárias ao campo. A discussão, por exemplo, das práticas médico-pedagógicas que objetivam a psiquiatrização da infância por meio da “criança anormal” (FOUCAULT, 2006), nos traz os indícios de montagem da operação de divisão entre “transtorno mental” e “deficiência mental”. Divisão esta que direciona práticas de cuidado com crianças e adolescentes na Saúde Mental, fazendo com que este campo acolha tardiamente as questões da infância e juventude.

Querendo empreender análises das práticas de cuidado no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil é que este trabalho se faz por meio de narrativas do processo de pesquisa e da montagem de casos que dão visibilidade a tais práticas. A problemática que move a pesquisa é apresentada no primeiro capítulo. A abertura da dissertação se faz com a montagem de um caso - “*Um Menino que pulava para falar*” - que é o caso que coloca questões. Esse Menino nos mostra com seus trajetos institucionais, quais são os *lugares* produzidos para meninos e meninas com “transtornos mentais”. Neste capítulo, também introduzimos e apresentamos o modo de trabalho dessa dissertação que se orienta pelas narrativas de casos e/ou “causos”, apontando para a inventividade e a historicização das práticas de cuidado. Nesse sentido, este primeiro capítulo além de conter o caso de Um Menino, traz a “*narrativa de uma inquietação*” que expõe as “*modulações da pesquisadora*”, mostrando quais caminhos levaram a formular um campo problemático que ofereceu um direcionamento para esta pesquisa.

No segundo capítulo, montamos o caso de “*Uma Menina-moça que escrevia cartas*”. Com esse caso cartografamos o que a Saúde Mental Infanto-juvenil tem a enfrentar como “passado histórico”, de quais *lugares* sair. Com a vida da Menina-moça vemos o

“inevitável caminho” do abrigamento, tal como é considerado pelos profissionais de instâncias encaminhadoras aos abrigos. Fazemos também uma breve discussão sobre a função dos ambulatorios de saúde mental na rede de cuidados, que para a Menina-moça significava suas *saídas* do Abrigo. Debruçamo-nos sobre os efeitos das práticas asilares, entre eles o que envolve desânimo, paralisação, serialização e infantilização. Junto à história da Menina-moça atravessa uma narrativa de “*Maria, do Contestado*”, que mostra, com seu jeito, maneiras de lidar com as pessoas do Abrigo, em especial, com as meninas, forçando invenções das práticas de cuidado nesta instituição.

O terceiro capítulo traz a montagem do caso de “*Um Menino que é fácil esquecer*”, que envolve discussões caras ao campo da Saúde Mental Infanto-juvenil como a produção do Autismo, a orientação do cuidado por uma “política dos espacialismos” (espaços de especialismos) e a função do CAPSi como “dispositivo inovador” criado com o “processo social complexo” que é a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2003). Tal dispositivo orienta-se pela Atenção Psicossocial, termo este conceitualizado (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) para que, de fato, possa se operar com seus princípios e diretrizes. Neste capítulo também fazemos uma discussão sobre “políticas”, equivalendo-as às práticas. Afirmamos que políticas é um conjunto de práticas, formas de integridade (FOUCAULT, 2003) e afirmamos uma concepção de políticas públicas. Falamos da co-memoração do trabalho como recurso para cartografar as linhas de invenções das práticas de cuidado junto a cada menino e menina, contribuindo para a história da Saúde Mental Infanto-juvenil.

O quarto capítulo é a montagem do *Caso Congresso*. Narramos a experiência de participação no I Congresso Brasileiro de CAPSi e dos eventos preparativos para este evento. Fazemos uma discussão sobre a diferenciação das noções de “plano” e de “campo” (PASSOS; BARROS, 2000) e também sobre a “dimensão pública da política” (BARROS; PASSOS, 2005b) pela inclusão dos analisadores, dos sujeitos e dos movimentos sociais (BRASIL, 2007). Com essa narrativa apontamos algumas pistas para a construção de políticas que sejam públicas.

No quinto capítulo, há uma narrativa da experiência de escrita e de feitura desta pesquisa. Afirmamos que a escrita está orientada por uma política da narratividade (PASSOS; BARROS, 2009) e por um acontecimento-escrita, no sentido foucaultiano. A

montagem dos casos foi o dispositivo usado para colocar em análise as práticas de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil. Com este capítulo, fazemos uma problematização metodológica, falamos de um *ethos* de pesquisa que se pauta na processualidade. Construir um diagrama processual é o objetivo das narrativas. Assemelhamos a escrita à costura de um *patchwork* e aproximamos do que Benjamin (1994) aponta das narrativas como um trabalho artesanal. Esse modo de conceber a produção de conhecimento nos é recurso para pensar um modo de construir políticas que sejam públicas.

Para o arremate dessa costura, são feitas as Considerações Finais apontando para o trabalho infindável de análise das práticas.

1 Um Menino que pulava para falar. O ca(u)so que coloca questões.

“Depois, porém, porque mudassem de ideia, ou porque o Menino tivesse de sojornar lá por mais tempo, deixaram-no saber o que dentro daquele dito quarto se guardava. Deixaram-no ver. E, o que havia ali, era uma mulher. Era uma velha, uma velhinha – de história, de estória – velhíssima, a inacreditável. (...) O Menino, assustando-se, correria a refugiar-se na cozinha, escura e imensa, onde mulheres de grossos pés e pernas riam e falavam. (...) Tranquilizavam-no, diziam: que a velhinha não era a Morte, não. Nem estava morta. *Antes, era a vida. Ali, num só ser, a vida vibrava em silêncio, dentro de si, intrínseca, só o coração, o espírito da vida, que esperava. Aquela mulher ainda existir, parecia um desatino de que ela mesma nem tivesse culpa.*” (ROSA, 2005, p. 95-96, grifos do autor).

1.1 Quais os lugares produzidos para crianças e adolescentes na Saúde Mental?

O Menino chega ao Ambulatório de Saúde Mental acompanhado de seu pai, que o puxa pela mão para subir a rampa de acesso à sala de atendimento. O adolescente de 16 anos sobe a passos largos, com o corpo rígido e envergado para trás. O senhor seu pai, aparentando passar da sétima década de vida, arranjava um palavreado próprio, cheio de neologismos e exuberâncias para explicar o processo de adoecimento do seu filho. Perdia-se entre as receitas de medicamentos, laudos, encaminhamentos, papezinhos de telefone. Era preciso esforço para acompanhá-lo. Aquele homem simples, rude, que rebuscava a fala diante do “*dotor*” e da “*secretária do dotor*”, nos dizia não só do adoecimento de seu filho, como também das práticas que produzem alguns lugares para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental.

Com 13 anos, o Menino pára de falar e começa a pular. “*Parecia que ficava pulando tentando falar*”, diz o pai. Junto a isso, outros comportamentos. Quebrar rádios, cortar fios, estragar eletrodomésticos, fugir de casa, pegar ônibus e ir para longe, “*mexer com as meninas*” e fazer bagunça no refeitório da APAE¹. Estes últimos foram motivos para que a instituição citada encaminhasse o Menino para o ambulatório, segundo o pai. Expulso da APAE, depois de já ter sido expulso da Escola. O Menino vem a este mundo

¹Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. Caracteriza-se por ser uma organização social, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla”. (<http://www.apaebrasil.org.br>)

por resistir a uma tentativa de expulsão do ventre materno. Sua mãe, “*velhíssima, a inacreditável*” (Rosa, 2005, p. 95), sofreu paralisia infantil e alguns derrames pela vida. Vivia acamada, dentro de um quarto onde tem uma parede de madeira que é suporte para um retrato de família – pai, mãe e os três filhos. O Menino está no meio da fotografia. E no meio do Menino tem um rasgo no papel da foto. Ele mesmo rasgara. O pai contou a hi(e)stória de como conheceu a mãe do Menino: estava andando pelos bosques, quando avistou ela sentada à beira do caminho. Tratou de saber de quem era filha. Foi até os pais dela e pegou a permissão para casar. Disso, os “*filhos foram vindo*”, à contragosto da mãe, que sempre tentava abortar essa missão.

O Menino continua vivendo sendo uma insistência às *expulsões dos lugares*. Tem uma fala muito repetida em torno dos elementos: morte, polícia, rabecão, bandido, ronda, caixão, ambulância, cemitério. Ele trazia o cenário do bairro onde morava. Assistia a muitas cenas de assassinatos de jovens próximos a sua idade. O pai contava que o passeio dos filhos quando pequenos era no carrinho de mão puxado por ele para ver os corpos estirados no chão. Os movimentos repetitivos de sua diagnosticada esquizofrenia catatônica não são somente dele. É a repetição do ciclo de pobreza, descaso, violência e abandono vividos pelos corpos que sobrevivem.

O Ambulatório passa a ser, a partir de 2009, *um lugar* por onde o Menino poderia circular. Eu, como estagiária de Psicologia, ficaria responsável por atendê-lo semanalmente, além de acompanhá-lo nas oficinas terapêuticas. A primeira intervenção do psiquiatra foi diminuir seus medicamentos. Eram muitos e de doses altas que o deixava apático, com “*semblante de paisagem*”. Passa a frequentar as oficinas e os atendimentos, no começo por no máximo cinco minutos. Depois, passou a ficar mais tempo nas atividades. Importante acolher as temporalidades modulantes. Era sentida também a necessidade de fazer caber esse tempo próprio do Menino em *outros lugares* que não fosse o reiterado caminho casa-bairro- Ambulatório. Ele já dava pistas dessa importância ao “fugir de casa”, fazendo andanças para longe, de Terminal em Terminal². Forçava outros circuitos.

² Terminal rodoviário. Na região da Grande Vitória os ônibus coletivos têm como pontos de saída e de chegada os terminais. No município onde o Menino reside, existem três terminais de ônibus.

Um projeto social do bairro onde o Menino mora nos procurou no Ambulatório. O intuito era fazer uma parceria. Pedi ajuda a esse projeto para que acompanhasse mais de perto a família do Menino, já que na casa havia a mãe acamada, o pai doente, a irmã com duas filhas pequenas e o irmão, que *“tem um pezinho lá”* - como disse uma profissional deste projeto ao se referir que esse irmão também teria “problemas mentais”. Em contrapartida, o projeto encaminhou ao ambulatório cinco crianças que apresentavam “problemas” e que não estavam conseguindo atendimento no município e quando conseguiam era só o médico/medicamentoso. Crianças que foram para a lista de espera do ambulatório. Lista que só aumentava. Mas a psicóloga do projeto social dizia: *“melhor estar na lista de espera do que não estar em lugar algum”*.

O Menino fez 18 anos de idade, o que poderia significar, entre outras coisas em sua vida, a inserção em um CAPS³. Não havia sido feita antes porque em sua cidade não havia CAPSi. Nesse momento, quem levava o Menino ao ambulatório não era mais seu pai, que estava com problemas renais, e sim sua irmã mais velha. Foi com ela que preparamos esse possível encaminhamento do Menino para o CAPS, explicando a ela a função deste serviço territorial. Também fizemos contato com o CAPS, visitamos, conversamos. A aproximação com o serviço não retirava a obrigatoriedade do Menino passar pela etapa do “acolhimento”, onde deveria levar o “encaminhamento” por escrito do ambulatório. Assim foi feito. Sua irmã chega ao ambulatório dizendo que o primeiro e único acolhimento no CAPS fora para dizer que o Menino não poderia permanecer naquele dispositivo. Ele não conseguiria acompanhar as atividades, como as oficinas terapêuticas, já que não era alfabetizado. A passagem do Menino pela APAE carimbava-o como “deficiente intelectual” indicando um “retardo mental” e dizendo para aquele serviço (o CAPS) que o Menino não estava no “perfil” de sua clientela. O CAPS *não seria um lugar* para ele.

O Menino continuou sendo acompanhado no ambulatório por outro estagiário de Psicologia. Eu estava terminando a faculdade e o tempo do estágio terminaria. Aquele

³ Centro de Atenção Psicossocial. Serviço estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde nº 336-02. De acordo com esta portaria, trata-se de um “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Os CAPS “poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria”. Dentro da modalidade CAPS II, há o CAPSi, destinado a “crianças e adolescentes com transtornos mentais” e o CAPSad, álcool e outras drogas, “para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas”.

Menino foi um ca(u)so que me impactou naquela experiência no Ambulatório de Saúde Mental. Era um caso de “*história e de estórias*”, como a velhinha que Guimarães Rosa narra. A voz do Menino parecia ser engasgada. Pulava para tentar falar. O que tomava forma de palavra fazia sempre referência à morte. Mas não era a Morte não, como avisa Guimarães: “*Ali, num só ser, a vida vibrava em silêncio...*”.

Já seu pai, tinha narrativas compridas e cambaleantes. Gostava muito de falar. Certa vez, ao sair com o filho para leva-lo ao ambulatório, o Menino “fugiu” e tomou o ônibus para outras bandas... Em lugar dele, chega seu pai ao ambulatório, contando algum caso e dizendo que o filho estava perdido. O pai contava da perdição do filho nem sabendo que havia, sim, uma pobreza de orientação para a formação de lugares para crianças e adolescentes como o Menino.

O ca(u)so do Menino e a experiência neste ambulatório, que irei narrar mais à frente, colocaram-me algumas questões, que giravam em torno da pergunta: *Não há lugares para crianças e adolescentes na Saúde Mental?* Enxergava, a partir daquele serviço ambulatorial e de casos como do Menino, um certo direcionamento que parecia produzir um “*não lugar*” para essas vidas. Ou ainda, uma “*expulsão dos lugares*”. Por que é preferível uma criança estar em uma lista espera do que não estar em lugar algum? Por que, num dado momento, a APAE não foi mais um lugar possível para o Menino? E a escola, por que não? E o CAPS? A instituição que esperávamos que fosse acolher o Menino, por ser um dispositivo apostado pela Reforma Psiquiátrica, faz um “acolhimento” burocrático e se diz um não lugar para ele. Deparamo-nos com a problemática de quem é a “*clientela*” do CAPS e com o terreno de fronteiras indefinidas entre “*transtorno mental*” e “*deficiência/ retardo mental*”. O Menino por ter passado pela APAE e não ter frequentado por muito tempo a escola regular, não poderia ser um usuário do CAPS. Estava mais próximo da deficiência do que do transtorno. O que se acolhe? O sujeito ou o diagnóstico? Como se faz esse diagnóstico? Como se opera essa divisão entre deficiência e transtorno? Por que um suposto diagnóstico barra a entrada em um dispositivo? A preocupação aqui, não é de saber a maneira correta de se diagnosticar para, então, determinar o devido lugar do Menino. O interesse é no modo de funcionamento que se sustenta nos diagnósticos e nos caminhos burocratizados.

Questões que me levam ao Mestrado, no desejo de querer saber mais dos direcionamentos de cuidado com crianças e adolescentes na Saúde Mental, pois a impressão que tinha era de uma “desassistência”, de um “descuido”. Ao mesmo tempo, esse descuido que parecia mortificar aquelas vidas, não se totalizava. Elas insistiam em viver. Como o Menino, tentavam falar, davam seus pulos. Fugiam, fazendo andanças... Não de encaminhamentos burocráticos, mas de trajetos pela cidade para se fazer ver que ainda vivem. “*Antes, era a vida. Ali, num só ser, a vida vibrava em silêncio, dentro de si, intrínseca, só o coração, o espírito da vida, que esperava.*” (ROSA, 2005, p.96).

1.2 Modulações da pesquisadora e do campo problemático. Narrativa de uma inquietação.

Os tempos de graduação tinham, entre outros cheiros, o de crianças e adolescentes. Tempos intensos, que ultrapassavam o *Kronos*. Aromas enquadrados e transbordados em algumas instituições: Conselho Tutelar, Unidade de Saúde, Abrigo, Hospital, Ambulatório. Lugares por onde passei, via projetos de extensão. No último, a nomeação “saúde mental” dava um contorno à assistência e à existência daquelas vidas. “*Quer dizer que agora eu sou saúde mental?*”. Indagação feita por um menino ao ler a placa fixada na parede e que continha: “Ambulatório de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes”. Esse mesmo menino, em um dos atendimentos, quis brincar de médico. Pegou várias folhas em branco e escreveu repetidas vezes: “*encaminho*”, “*encaminho*”, “*encaminho*”. Fazia na brincadeira o que tinha sido feito com ele, encaminhado a várias instituições⁴.

Antes de entrar neste ambulatório, no Hospital Universitário, participei de outro programa de extensão que também prestava assistência na área de Saúde Mental com crianças e adolescentes. Em ambos os lugares inquietava-me com os casos, com as histórias de vida, com as estratégias daqueles sujeitos de se arranjar no mundo.

⁴ Relato feito pela pessoa que atendia o menino no referido Ambulatório de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), Vitória, ES. Neste ambulatório funciona desde o ano de 2005 o Programa de Extensão Universitário do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), “Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes”.

Mesmo que esse arranjo seja na configuração de um “transtorno mental”⁵. Transtornando os limites dos ideais de infância, de educação, de civilização. Movimento que traz um sofrimento e também produção de sentido.

Outra inquietação que me assolava era ver um trabalho tão árduo e bonito ser sustentado somente por projeto de extensão universitário. No referido ambulatório, lugar onde fiquei por mais tempo (do ano de 2009 ao de 2011), como extensionista e depois, como estagiária de Psicologia, acompanhava a grande quantidade de pessoas atendidas e uma lista de espera que só crescia. Geralmente, as crianças e adolescentes que chegavam ao ambulatório, vinham encaminhadas de outras instituições. Alguns já tinham passado por várias delas. Eram de municípios da Grande Vitória e do interior do Estado do Espírito Santo. Questionava-me: Por que essas crianças e adolescentes de diferentes lugares chegavam ao ambulatório? Não havia a assistência necessária em seus municípios?

Por estar em um hospital universitário federal, por não ser um serviço municipalizado, o ambulatório acolhe usuários de diferentes cidades e até de estados vizinhos. O encaminhamento era, na maioria dos casos, para o atendimento psiquiátrico, na alegação de que no local de origem não havia psiquiatra infantil. Nos municípios também não existia atendimento psicológico, por não ter o profissional, ou por ter e não dar conta da demanda ou por não atender crianças. Ficava pra mim o questionamento: Por que não atender crianças? Por que a dificuldade de encontrar o profissional “psiquiatra infantil”? Precisa ter essa “especialização” para cuidar? Não existem mais lugares que acolham

⁵ Havia, neste trabalho, uma confusão quanto ao termo a ser usado para se referir às crianças e aos adolescentes que são usuários de dispositivos da Saúde Mental. São vários os nomes que circulam: transtorno mental, sofrimento psíquico, deficiência mental, debilidade. Cada nome, um mundo. Mas essa “confusão” não é só nossa. Ela tem uma montagem histórica que é de um “afã classificatório”, como sugere Lobo (2008) ao referir-se aos estudos de médicos e de educadores sobre “anormalidades infantis” no início do século XX: “uma espécie de desvario nosográfico que parece perdurar até hoje para os chamados casos intermediários ou fronteiriços à deficiência.” (LOBO, 2008, p. 378). O termo usado no contexto jurídico é “transtorno mental” (Lei 10.216/2001; Portaria MS 336/2002). Fazemos a opção por este termo, menos pelo respaldo jurídico do que pelo sentido de “transtornar os limites”, na direção da normatividade. O que nos interessa em qualquer comportamento de crianças e adolescentes encaminhados para serviços ditos de “Saúde Mental” é o que ele indica de uma configuração doentia – que envolve a criança, mas também outros elementos. Nesse sentido, os comportamentos considerados “anormais” ou “bizarros”, para nós são tentativas de invenção de outros limites, outros contornos para a existência. Também o termo “saúde mental” é digno de problematização, o que não é objetivo deste trabalho. É possível uma pessoa saudável mentalmente? Haveria aí uma separação mente \times corpo? A saúde mental estaria numa oposição à doença mental? Não entraremos nessa importante discussão, mas apontamos que “saúde mental” não é um termo natural e evidente e quando, neste trabalho, fazemos o uso dele é mais para indicar um campo de atuação que possui serviços, regulamentações, práticas e políticas.

meninos e meninas com alguma demanda para a “saúde mental”? Notava que, com essa configuração, crianças e adolescentes ficavam perambulando entre serviços.

Parecia que enxergava, a partir da realidade deste ambulatório, uma paisagem de desassistência em relação a crianças e adolescentes com “transtorno mental”. No estado do Espírito Santo só há um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), localizado na capital, Vitória, enquanto há outros municípios que tem o aporte para implantar este dispositivo. Não quer dizer que este seja o único lugar a cuidar das crianças e dos adolescentes. Mas a “rede” de serviços que existe parece não sustentar um cuidado, o que faz com que essas vidas fiquem esperando numa lista, perambulando “de serviço em serviço”, em cada lugar recebendo um rótulo-diagnóstico, sendo encaminhadas, encaminhadas, encaminhadas. Como bem fez o menino em sua brincadeira de ser médico.

A inquietação se fazia pela falta de serviços. A maioria das crianças e dos adolescentes que chegavam ao ambulatório frequentava ou era encaminhada da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Parecia haver, assim, uma delegação dos cuidados com esse público por parte do Estado para a rede filantrópica e um não investimento em serviços públicos.

Comecei a ler alguns textos, para fazer um artigo sobre Oficinas Terapêuticas, e passei a ver que esse cenário não era exclusivo ao Espírito Santo. Textos que diziam sobre o tardio enfrentamento da Reforma Psiquiátrica com a questão da infância e adolescência e sobre as práticas dirigidas a esse grupo que eram de tutela e pedagogização. Práticas sustentadas pela filantropia, em sua maioria, com a ausência de uma intervenção do Estado (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; COUTO, 2003; GUERRA, 2003). A leitura desses textos fez-me ter um olhar mais ampliado.

A inquietação continuava: que práticas são essas que fazem com que crianças e adolescentes com “transtorno mental” sejam tutelados? O que aconteceu para que o Estado relegasse a assistência para a filantropia? Recorrer à história imperava-se como uma necessidade de respostas para esses questionamentos. A busca era de uma explicação lógico-causal que dissesse o “por que” da “falta de assistência”. Que me

disse o que aconteceu ao longo da história até chegar ao cenário atual onde parece conviver uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) com outras políticas de descaso, de asilamento, de tentativa de invisibilizar esses corpos “perambulantes”.

O Mestrado viria para apaziguar as inquietações e procurar as respostas, num tempo dedicado aos estudos, mais quieta. Puro engano! Momento de agenciamentos diversos, encontros potentes. Um caminho solitário e povoado. Preenche de ideias, afetos, idas e vindas, angústias e alegrias. Renovando a disposição de colocar em análise o próprio ato de pesquisa, exercitando desgrudar de “vestir a camisa” da Saúde Mental Infanto-juvenil”.

Nesse caminho, deparei-me com o pensamento foucaultiano que me inquietou mais ainda e que me serviu como “ferramenta” para tentar contornar a problemática de pesquisa. O modo como Foucault trabalha a “história” e como concebe o “poder”, me auxiliaram a deslocar algumas questões, como da relação do Estado com as políticas públicas e da “pegada histórica” genealógica, ou seja, pelas práticas. Dentro dessa concepção, o poder é difuso, não pertence a uma classe, é microfísico, é positivo, ou seja, produz realidade. Foucault (2006) subverte a tese de que o Estado é o lócus de emanção do poder com o conceito de governamentalidade. No diagrama de poder da Modernidade, o Estado sobrevive pelas “táticas de governo” que tem como alvo a população, governando “coisas” e não um território. O Estado não é retirado de cena, mas é analisado como uma referência - assim como a família e si mesmo - e não como centralizador das ações. Nesse sentido, não bastaria analisar, no meu campo de investigação, as ações do Estado para com a Saúde Mental Infanto-juvenil, apesar de não descartar tal direção de análise. Interessa, agora, as “artes de governar”, as políticas empreendidas no tecido social, que partem do Estado e também de outros lugares: pessoas, serviços, governos.

Tendo a “história” como um empreendimento genealógico de montagem das realidades, não caberia mais a questão de saber o que no passado determina a atual assistência a crianças e adolescentes na Saúde Mental. A noção de história como uma continuidade ao longo do tempo, numa progressão linear de passado-presente-futuro não serviria para problematizar o presente, o que nos acontece hoje. Não há uma racionalidade histórica

guiando os fatos em uma sucessão cronológica. O que há são conexões, não necessariamente aleatórias, mas que não guardam em si um encadeamento lógico-causal.

O que interessa ao remeter o campo problemático ao tecido histórico? Ficamos, aqui, com uma provocação de Lobo, 2008:

“É isto que interessa aqui: o dismantelo que a história pode produzir na sedimentação opaca das evidências do presente. Não afinal para encontrar alívio de uma explicação para aquilo que vivemos hoje, mas para surpreender os indícios de sua montagem e, quem sabe, incitar a conquista de pequenas invenções.” (LOBO, 2008, p. 430).

Se queremos olhar e construir uma “montagem histórica” das políticas em Saúde Mental para crianças e adolescentes é para injetar movimento ao processo, “incitar pequenas invenções”. Pretendemos traçar as linhas de constituição dos cuidados com crianças e adolescentes com “transtorno mental” visando uma problematização do presente, da atual configuração. Acompanhar e rastrear as práticas empreendidas neste campo para poder colocar em análise os direcionamentos de cuidado junto a meninos e meninas que demandam alguma atenção em Saúde Mental. Dessa forma, identificar quais são as políticas em ato e o que tem sido possível em termos de políticas que sejam públicas. O que guiará essa discussão será a “ferramenta- conceito-chave” *práticas*.

O que tem sido feito, direcionado, constituído, bifurcado, problematizado no campo da Saúde Mental de crianças e adolescentes? Para tanto, apostamos que esse campo de pesquisa, prenhe de problemas (no sentido potente da palavra), venha a se moldar e modular com narrativas. Narrar o próprio processo de pesquisar (a ação de pesquisar, de produzir conhecimento) montando e contando casos e/ou causos. Narrativas de caminhos trilhados, encontros inesperados, outros, marcados. Montagem de casos por diferentes vozes, numa polifonia de sentidos. Ao invés do caso do indivíduo, interessamos a composição de forças e formas que fazem emergir um caso. Ao invés de uma trajetória de vida (no sentido de um desenvolvimento), cabe traçar trajetos pela cidade,

pelos serviços, entre pessoas que acolhem. Nesse traçado, retomar a pergunta “como se cuida?” e colocar em análise as políticas de Saúde Mental Infanto-juvenil.

Por meio da montagem dos casos de meninos e meninas que usam algum dispositivo da Saúde Mental, pretende-se traçar as práticas de cuidado, problematizando-as. O exercício de “montagem” coloca para operar as diferentes linhas que constituem os cuidados nesse campo e é uma tentativa de afastar uma pretensão de revelar a verdade ou a realidade sobre o campo. Montar uma narrativa implica lidar com uma temporalidade e uma espacialidade próprias ao ato de narrar. Dessa maneira, não caberia uma universalidade de uma verdade revelada. É nesse sentido que entra no meio do caso o ca(u)so, apontando a dimensão inventiva e de produção de mundo. Não interessa exatamente a verdade do caso, mas como a sua montagem possibilita as análises das práticas com crianças e adolescentes na Saúde Mental. O caso toma um tom de caso à medida que pode expandir em sua contação, ou seja, qualquer um pode apropriar-se, contar de novo, entrar em algum ponto, inventar mais um ponto. O que importa são as práticas envolvidas nas histórias.

Narrativas para montar casos de meninos e meninas por meio dos quais é possível puxar linhas de análises das políticas em Saúde Mental Infanto-juvenil. Políticas (no plural) porque são vários os direcionamentos de cuidado que coexistem. Apesar de uma orientação estatal, afirmamos que não existe “a” política de Saúde Mental para crianças e adolescentes e sim diversas práticas.

A opção de chamar por “meninos e meninas” as crianças e adolescentes dos casos ao invés de inventar nomes próprios ou colocar a inicial do nome ou qualquer letra que identifique (como é de costume nas narrativas de casos clínicos), é para apontar que a direção da montagem dos casos não é para pessoalizar uma história. Por meio de uma vida, que é menos pessoal do que singular, seria possível visualizar várias vidas, histórias semelhantes e a produção desses sujeitos com as práticas de cuidado.

João Guimarães Rosa em alguns contos em que escreve personagens que são crianças, ao invés de nomes próprios, usa “menino” / “menina”, variando com a inicial em maiúsculo “Menino” / “Menina”. Em “*Primeiras estórias*”, livro lançado em 1962, está cheio desses casos. Guimarães Rosa, nesses contos explora a oralidade nas palavras,

além de inventá-las, acrescentar acentos gráficos, hífen, dando vida e movimento ao conjunto de letras. Ao ler, parece que escutamos alguém contar um caso. E ao final da leitura, é fácil disparar outras histórias. Elas se multiplicam⁶.

Costa e Silva (2005) comenta esta obra dizendo que alguns contos assemelham-se a sonetos, pela fluência, intensidade e leveza. Também fala do formato do “caso” e das histórias dos meninos e meninas de Guimarães Rosa:

“Tanto nestas *Primeiras histórias* quanto em *Tutaméia*, Guimarães Rosa favoreceu o caso, de enredo curto e cheio de surpresas. A pista disso ele nos dá no próprio título do volume: seria o primeiro de histórias, histórias que se querem o seu tanto parecidas à anedota, tal como Rosa afirma no prefácio de *Tutaméia*. Mas, se se assemelham às anedotas no inesperado do desfecho, não se apresentam rasas como elas: todas essas histórias se fazem no mergulho ou no vôo”. (COSTA E SILVA, 2005, p.11).

“Poucos, pouquíssimos escritores souberam tão bem captar as iluminações da meninice quanto Guimarães Rosa. Os seus meninos são tão reais, e tão meninos, que cada um de nós neles também revê suas saudades”. (COSTA E SILVA, 2005, p. 13).

Os casos com meninos e meninas de Guimarães Rosa estão longe de serem dotados de características psicológicas individuais e profundas com as quais o leitor se identifica porque projeta sua própria história. Pelo menos, não é dessa maneira que nos interessa os contos de Guimarães. As histórias dos meninos e meninas revelam condições inerentes ao humano: o encontro com a finitude, o êxtase da alegria, a desilusão, o avanço da modernidade e seus efeitos. Nessas histórias, as crianças lidam com dilemas da humanidade. Assim, nem é mais possível a separação adulto \times criança, no sentido de um desenvolvimento progressivo. A infância, nos casos de Guimarães, parece ser muito

⁶ Vivi essa experiência em um grupo de amigos em que líamos os contos deste livro *Primeiras histórias*, de Guimarães Rosa. Em cada encontro era lido um conto/caso e depois, uma prosa. Além de envolvidos pelas histórias de Guimarães, nos levavam também histórias/histórias nossas: das cidades, dos bairros, das famílias, das vizinhanças. A impressão que ficava era de que, além da atmosfera de amizade e do “querer estar junto”, a leitura desses contos rosianos disparava as narrativas de outros casos. Com os personagens exóticos e histórias instigantes, era fácil entrar na conversa lembranças de infância, memórias, afetos, risos e sempre mais “um ponto” ao conto que alguém contava.

mais uma maneira singular de experimentar o mundo, com sensibilidade, temporalidade e espacialidade próprias. Um devir-criança.

Quando nos inspiramos na escrita/oralidade de Guimarães Rosa e dela usamos “meninos/meninas” e “Meninos/ Meninas” para montar as narrativas dos casos deste trabalho, é para manter o aspecto de uma vida de “qualquer um”, que guarda o paradoxo da vida de “cada um”, pois também se singulariza. O que nos interessa com as narrativas dos casos é poder analisar as práticas de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil. Por meio da vida de um menino ou de uma menina, usuários de algum dispositivo da Saúde Mental, ser possível discutir as políticas que orientam um cuidado e que produzem saúde e sujeitos. O indicativo de singularização, nesta escrita, será a inicial maiúscula Menino e Menina em cada caso narrado. Não é uma vida igual a todas as outras (serializada), mas por meio dessa vida é possível acessar outras vidas e a produção delas. O direcionamento das narrativas são as práticas de cuidado com crianças e adolescentes na Saúde Mental, nem tanto a direção sobre os serviços que atendem essa “clientela” – apesar de não estar isento dessa discussão.

Nessa “narrativa de uma inquietação”, uma modulação visível do campo problemático foi o deslocamento da “falta de serviços” para a “análise das práticas”. Havia um desassossego ao ver crianças e adolescentes perambulando entre serviços, numa lista de espera, sendo expulsas ou não acolhidas em alguns lugares – como no caso de “Um Menino que coloca questões”. Passo a conhecer uma conjuntura política nacional e uma produção histórica de um cuidado baseado na tutela, na pedagogização e na psiquiatrização de crianças e adolescentes. Há também uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil com princípios norteadores como “território”, “rede”, “intersetorialidade”, “acolhimento universal”, “encaminhamento implicado” (BRASIL, 2005). Assim sendo, não se trata mais de “falta de serviços, ou “falta de orientações” ou “falta de cuidados”. Mas: Como temos cuidado? Quais as orientações? Quais os lugares produzidos? Nesse sentido, a aposta não é de primeira, propor a criação de mais dispositivos de Saúde Mental, mas de poder se perguntar sobre o que acontece com um CAPS que não acolhe um jovem por ele já ter passado pela APAE. Questionar-se menos numa atitude de julgamento e mais em uma postura de análise das práticas. Perguntar-se pelo que está em jogo quando o Estado deixa “nas mãos” da filantropia os cuidados com

crianças e adolescentes. Indagar-se pelos caminhos naturalizados dos encaminhamentos burocráticos. Inquietar-se com o já dado. E, assim, ser possível colocar em análise o próprio trabalho, se reposicionar.

Ao nos perguntarmos sobre os *lugares* produzidos para crianças e adolescentes na Saúde Mental, mais do que um espaço físico e um serviço com profissionais, chamamos atenção para o *lugar das práticas*. Não estamos com isso afirmando que não seja importante a criação e sustentação de dispositivos em saúde, haja vista a atual configuração brasileira passados mais de vinte anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e este sistema ainda ter como grande desafio o acesso aos serviços de saúde. Feita a ressalva, frisamos novamente o objetivo deste trabalho que é analisar as práticas de cuidado em Saúde Mental com crianças e adolescentes por meio de narrativas do processo de pesquisa e de montagem dos casos de meninos e meninas usuários de algum dispositivo desse campo.

Analisar as práticas, o que isso significa? Análise nos remete à quebra, decomposição, dissecar os elementos para poder rearranjar de outro modo, produzir outras realidades. E as *práticas*? O que queremos dizer com *práticas*? Para que usamos essa “categoria de análise”? Recorremos ao trabalho de Foucault como uma ferramenta para operar com esse conceito.

1.3 “Entre pedras de espera e pontos de suspensão” – O trabalho de Foucault como recurso para analisar as práticas.

“Meu trabalho está entre pedras de espera e pontos de suspensão. (...) Meus livros não são tratados de filosofia nem estudos históricos; no máximo fragmentos filosóficos em canteiros históricos”. (Foucault, 2003, p. 336). Essa é uma resposta de Foucault (2003), em uma mesa-redonda⁷ entre historiadores ao ser questionado sobre seu método

⁷ Essa mesa-redonda, de 20 de Maio de 1978, tem como ponto de partida uma discussão anterior entre dois textos, o de Jacques Léonard (“L'historien et Le philosophe”) e o de Michel Foucault (“A poeira e a nuvem”). Trata-se de um embate a respeito do trabalho histórico. Léonard opõe o trabalho do historiador ao do filósofo e tece algumas críticas às análises de Foucault, alegando que ele passa muito rápido pela

histórico e sobre a importância que ele dá à prisão dentro da penalidade no século XIX; importância julgada pelo perguntador como exagerada.

Em um debate de perguntas e respostas, Foucault (2003) vai delineando e apresentando suas “proposições”, suas “ofertas de jogo”, como ele mesmo denomina. Deixa claro, de partida, que sua pretensão não é universalizar o que diz e nem recusar o que não aborda em suas análises históricas. Está entre “pedras de espera e pontos de suspensão”. Nesse sentido, a questão da prisão foi tomada não como essencial no sistema penal, outros caminhos eram possíveis para abordar os problemas da delinquência e da penalidade.

A prisão, ou melhor, a prática do aprisionamento como punição, foi escolhida como objeto para colocar em análise tais problemas e essa escolha tem suas razões. Entre estas, havia um problema presente, um movimento em diferentes países, um “fato da atualidade”, onde Foucault (2003) situa que vários aspectos do sistema penal e do internamento estavam sendo colocados em questão. “Para melhor compreender o que é punido e por que se pune, introduzi a questão: como se pune?” (FOUCAULT, 2003, p. 337). Foucault (2003) sinaliza que esse foi o caminho tomado a propósito da loucura, ao invés de perguntar o que é ou o que não é loucura em determinada época, pergunta-se como se opera essa divisão entre doença e sanidade mental.

Fazendo uma interferência no que é de interesse nesta pesquisa, ou seja, as políticas que engendram um modo de cuidar no campo da Saúde Mental de crianças e adolescentes, poderíamos dizer: Para melhor compreender o que é cuidado e por que se cuida, introduzimos a questão: como se cuida? Dessa questão, parte-se para as narrativas dos casos de crianças e adolescentes que percorrem os serviços ditos de “Saúde Mental” para colocar em análise esse campo, narrando-o. Há também um “fato da atualidade” em que os modos de cuidar estão sendo problematizados. Há uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil sendo construída pautada na lógica de uma rede de cuidados em oposição à lógica higienista e asilar (BRASIL, 2005). Existe, ainda, uma convivência dessas lógicas de cuidado.

história (“cavaleiro bárbaro que percorria três séculos à rédeas soltas”). Foucault responde em seu texto que não está preocupado com períodos históricos e sim com problemas. (FOUCAULT, 2003, p. 323)

Retomando e avançando nas pistas que Foucault (2003) oferece em seu trabalho, ressaltamos que: traçar um caminho de análise, eleger um objeto de estudo, não descarta a possibilidade de outros caminhos. A pretensão não é a totalidade da verdade. Busca-se uma forma de integridade de uma problemática. Para tanto, a proposta é analisar os “regimes de práticas”, ou seja, as programações de conduta que tem efeitos de prescrição (o que se deve fazer) e efeitos de codificação (o que se deve saber).

“Neste trabalho sobre as prisões, assim como em outros, o alvo, o ponto de ataque da análise, eram não as “instituições”, não as “teorias” ou uma “ideologia”, mas as “práticas” – e isto para captar as condições que, em um dado momento, as tornam aceitáveis: a hipótese sendo a de que os tipos de práticas não são apenas comandados pela instituição, prescritos pela ideologia ou guiados pelas circunstâncias – seja qual for o papel de uns e de outros -, mas que eles têm, até certo ponto, sua própria regularidade, sua lógica, sua estratégia, sua evidência, sua “razão”. Trata-se de fazer a análise de um “regime de práticas” – as práticas sendo consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências”. (FOUCAULT, 2003, p. 338)

Analisar “regimes de práticas” é decompor os processos maciços, desnaturalizar e fazer enxergar a complexidade de conexões entre processos históricos múltiplos. Ao invés de uma continuidade camuflada que o historiador revela, acompanhar as descontinuidades, ou seja, as transformações que foram possíveis. Mostrar as rupturas para abalar as evidências, aquilo que era visto como indispensável. Um exemplo é a história do aprisionamento penal em que se tem a prisão como forma geral de punir no início do século XIX, o que não se pensava no século XVIII. Para Foucault, essa “mutação fenomenal” é o seu ponto de partida, “ a constatação de um problema a resolver”. (FOUCAULT, 2003, p. 338). Interessava a Foucault saber quais as condições que tornaram aceitáveis as práticas de aprisionamento como punição no século XIX. Interessam-nos as condições, os efeitos de prescrição e os de codificação, que fizeram emergir uma atenção e um cuidado com crianças e adolescentes na “Saúde Mental”. Em cada momento, o que se tornou aceitável? Quais práticas fazem emergir um cuidado?

A quebra dos continuísmos rompe com uma cadeia causal, com uma racionalidade transcendental e com os objetos eternos. Desse modo, não há de um lado a criança ou adolescente com “transtorno mental” e do outro lado os cuidados a serem dispensados para este público específico. Há regimes de práticas que formam, ao mesmo tempo, sujeito e objeto, criança e cuidado, delinquente e prisão, louco e hospital psiquiátrico.

Veyne (1992) chama atenção para o “método” foucaultiano que visa fazer uma história das objetivações, ou seja, das práticas que objetivaram os “bibelôs raros de época”, os “fatos humanos raros”. Consiste em descrever, muito positivamente, o que fazem as pessoas, suspendendo o uso de termos “vagos e nobres”. Ele frisa que Foucault não descobriu uma nova instância chamada “prática”; faz o que todo historiador já fez: falar do que fazem as pessoas. Da mesma forma, as práticas vêm, como todas as coisas, das “mil transformações da realidade histórica, isto é, do resto da história” (VEYNE, 1992, p. 159). Portanto, o ponto de partida são as práticas:

“Os objetos parecem determinar nossa conduta, mas, primeiramente, nossa prática determina esses objetos. Portanto, partamos, antes, dessa própria prática, de tal modo que o objeto ao qual ela se aplica só seja o que é relativamente a ela. (...) O objeto não é senão o correlato da prática; não existe nada antes dela, um governado eterno que visaria mais ou menos bem e com relação ao qual se modificaria a pontaria para melhorar o tiro. O príncipe que trata seu povo como crianças nem sequer imagina que se poderia fazer diferentemente: faz o que lhe parece evidente, sendo as coisas o que são.” (VEYNE, 1992, p. 159).

Olhar para as práticas é criar um diagrama de integibilidade da nossa atual condição, injetando movimento e possibilidade de mudança. Partir dos objetos vagos, das evidências do presente pode incorrer em alguns perigos. Constatar que “faltam serviços” ou de que há uma “desassistência” para crianças e adolescentes na Saúde Mental, pode criar uma demanda por especialismos, por uma psiquiatrização da infância e adolescência. Como coloca Veyne (1992), os objetos são o que são relativos às práticas correlatas a ele. Partindo dos objetos “crianças desassistidas” e “Estado sacana” - que não assume sua responsabilidade pela assistência – não olhamos para as práticas que produzem um arranjo – que seja de desassistência, mas de outras coisas também.

Partindo desses objetos, a solução pode ser mais assistência e uma assistência já dada: psicologização, psiquiatrização, medicalização, proliferação de diagnósticos.

Colocar em análise o que estamos vendo e o que pedimos para atender as nossas demandas é um trabalho cotidiano. Localizar no tecido histórico, práticas que objetivam certos cuidados ajuda a identificar esses “pedidos”. Lobo (2008), em sua pesquisa genealógica sobre a instituição “deficiência” no Brasil, faz referência a discursos de médicos e educadores do início do século XX, que também reconheciam a insuficiência de serviços para “crianças anormais” e o “descuido” por parte do Estado. Nesse sentido, pedem por mais “escolas especiais”, numa exclusão institucional dessas crianças. A autora cita um trecho do livro de Basílio de Magalhães, de 1913. Este educador chama atenção para o fato de que o governo federal da época não havia enfrentado o “sério problema”, já resolvido por outras nações da Europa e nos Estados Unidos, que é a educação dos anormais. Para tanto, defende a segregação:

“E isso (...) só se poderá conseguir segregando, até certo ponto, dos ainda não viciados, nem viciosos, os que são “débeis de espírito”, e educando-os e dando-lhes tratamento às moléstias, sempre suscetíveis de modificação profunda, quando não de cura radical. (p.180)”. (BASÍLIO DE MAGALHÃES, 1913 apud LOBO, 2008, p. 387).

Partindo do objeto identificável “criança anormal”, esses médicos, educadores, pais, enfim, a sociedade conclama práticas que sejam adequadas a esse público. Parte-se do objeto para a ele dirigir as práticas. A proposta deste trabalho está na direção oposta. Tendo como ponto de partida as práticas que produzem os objetos, a primeira resposta à problemática colocada é suspender a evidência do que se pede: mais serviços, mais dispositivos, mais leis, mais financiamentos. Instaura um tempo de análise em que se coloca em questão: O que queremos? Para que queremos? O que estamos fazendo de nós mesmos? Quais são as práticas empreendidas com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental?

Sendo assim, produzir narrativas do processo de pesquisa no campo da Saúde Mental infanto-juvenil e montar os casos de meninas e meninos com “transtorno mental” é no

intuito de olhar para as práticas/políticas que estão funcionando neste campo e colocá-las em análise. É também uma tentativa de distanciar e descontaminar dos objetos eternos e vagos que insistem em nos rodear. Montar os casos visa também historicizar as práticas e não toma-la como natural e evidente.

Uma abordagem histórica tem a função de suspender o “fazer evidente”. Essa é a primeira função teórico-política de “acontecimentalização”. Foucault (2003) coloca que o “acontecimento” foi uma categoria pouco trabalhada entre os historiadores. Ele diz isso ao receber uma interpelação de que suas análises oscilam entre um hiper-racionalismo e uma sub-racionalidade. Por “acontecimentalização” deve-se entender uma ruptura evidente onde habitualmente vemos uma constância - processo que faz surgir uma singularidade (FOUCAULT, 2003). Nas palavras de Veyne (1992), uma “forma rara”. Olhar para essas raridades é mostrar que elas não foram necessárias. “Pletora do lado das integibilidades. Falta do lado da necessidade.” (Foucault, 2003, p. 341). A acontecimentalização reencontra também com as conexões que, em um dado momento, formaram a evidência, numa espécie de “desmultiplicação causal” (Foucault, 2003). Faz, assim, diminuir o “peso causal” e construir em torno do acontecimento singular, um “poliedro de inteligibilidade” com várias faces não definidas *a priori* e que não é concluído.

Nesse sentido, poderíamos perguntar: Quais as conexões, quais as montagens, que proporcionaram à psiquiatria, em um momento específico, tomar a criança como objeto de cuidado? Quais os processos múltiplos aí conectados? Uma análise, uma decomposição interna que constrói relações de inteligibilidade externa – a psiquiatria com práticas pedagógicas, ortopédicas, higiênicas, por exemplo. Olhar para as conexões, para os processos múltiplos da história, é uma pista para as narrativas dos casos. Narrar uma vida é poder diminuir o “peso causal”. Retirar o peso dos diagnósticos, dos estigmas, das classificações. Dividir os caminhos, numa desmultiplicação, para aumentar as possibilidades de inteligibilidade. Apostamos nas narrativas dos casos interessados nas práticas. Quais articulações estão sendo geridas no cotidiano?

Uma história que é multivetorial, não causal, cheia de paradoxos. São pistas para acompanhar e montar os casos, tendo a prudência de não encará-los como eternos,

vazios e regidos por um princípio causal. Há um sofrimento quando narramos nossas vidas com elementos (materiais de expressão) eternos, identitários, que portam a totalidade da verdade, numa cadeia de causalidade. Há aí um padecimento porque permanece em um labirinto sem saída, repetitivo, algo sintomático. No sentido contrário dessa política de narratividade⁸, uma prática histórica descontinuista, provisória e uma aposta em modos de dizer mais inquietantes, menos baseado em obviedades, mais hesitantes.

A Foucault (2003) é dirigido um questionamento a respeito da transmissão de suas análises. O interlocutor diz haver um “efeito anestesiante” por parte de quem lê o seu livro (no caso, os educadores penitenciários). Estes acabam por não saber o que fazer com o “esquema” foucaultiano. A resposta de Foucault é categórica. Diz que o efeito desejado é este mesmo: fazer com que as pessoas não saibam mais o que fazer. Isso não é anestesiante, pelo contrário, as pessoas ficam “estesiadas” e irritadas (referindo-se também aos historiadores) pela falta de esquema, pela falta de respostas. Essa é a condição para a movimentação, para não cristalização das ações. “Mas parece-me que “o que há a fazer” não deve ser determinado do alto, por um reformador com funções proféticas ou legislativas. Mas por um longo trabalho de vaivém, de trocas, de reflexões, de tentativas, de análises diversas.” (FOUCAULT, 2003, p. 348).

Esse “longo trabalho” que Foucault assinala nos incita a pensar na construção de políticas públicas. Não seria isso que vivifica a dimensão pública da política? Um trabalho que não está acabado nas programações, nas legislações, mas que está em incessante movimento junto às narrativas, com diferentes vozes e interesses. Desse modo, poderíamos pegar também os programas como narrativas, no sentido de que expressam e compõem uma realidade. Não são ideias, abstrações ou somente “letras no papel”. Tem sua função de produzir mundos. Induzem efeitos de real, “que são aqueles da divisão do verdadeiro e do falso na maneira como os homens se “dirigem”, se “governam”, se “conduzem” eles próprios e os outros.” (FOUCAULT, 2003, p. 346). No que se refere à discussão de políticas públicas, olhar para as práticas diz respeito a singularizar as ações. Tornar raro e não universalizar e padronizar os procedimentos.

⁸ No capítulo dedicado a tratar sobre a metodologia deste trabalho, será feita uma discussão sobre a “política da narratividade”.

Quando analisa a racionalidade própria das práticas (aprisionamento, psiquiatrização da loucura, sexualidade), Foucault não está interessado em um “tipo ideal”. O esquema racional da prisão, do hospital, do asilo, são programas explícitos e não princípios gerais. O programa não é absorvido integralmente pela instituição, o que não significa que existe uma oposição entre o real e o ideal. O que há são estratégias de composição, superposição, oposição que montam uma racionalidade própria: “esta é a solidez e a maleabilidade do dispositivo”. (FOUCAULT, 2003, p. 344).

1.4 Práticas médico-pedagógicas objetivam a “criança anormal”

Anos antes dessa mesa redonda (1978) onde Foucault debatia com os historiadores o seu trabalho histórico-filosófico, em 1973-1974 ele estava ministrando um curso no Collège de France com a temática do “poder psiquiátrico”. Desse curso, nos interessa a aula em que é desenvolvida a problemática da generalização do poder psiquiátrico, no início do século XIX, por meio da criança anormal e a sua anexação institucional no espaço psiquiátrico. O ponto de partida não são os objetos eternos “criança” e “loucura”, mas as práticas que objetivaram uma criança idiota dentro do asilo. É uma raridade. Nesse sentido, lembramo-nos do que Paul Veyne (1992) comenta sobre o trabalho de Foucault: parte-se das práticas para construir uma visibilidade que não é vaga nem eterna.

Descrevendo as práticas, encontra-se com as condições de possibilidade, os procedimentos, os diagramas de forças. Não são causas eternas e vagas que se desenrolam sobre ou sob um pano de fundo histórico. São diagramas de integibilidade. É a emergência da “criança idiota”, da “criança anormal” por meio de práticas institucionais e em meio a conexões diversas, entre elas políticas e econômicas⁹.

⁹ Foucault (2006) mostra que durante toda segunda metade do século XIX, as crianças idiotas serão colonizadas no espaço psiquiátrico. Nesse período abre-se para elas estabelecimentos, como a colônia de jovens idiotas, em Perray-Vaucluse. São abertas também alas psiquiátricas para as crianças débeis nos hospitais psiquiátricos (Bicêtre, Salpêtrière, Villejuif). Uma decisão ministerial de 1840 torna aplicável a lei sobre internamento dos alienados (de 1838) para os idiotas e imbecis. Assim, crianças idiotas não poderiam estar em outro espaço que não fosse num asilo de alienados. O Conselho Geral dos Hospícios manda transferir as crianças que estavam em outros estabelecimentos para o asilo de Bicêtre. É para liberar os pais para o trabalho que foi possível a institucionalização de crianças idiotas no asilo.

Estando nos asilos, o que se oferece como tratamento, já que são crianças e por isso estão em desenvolvimento, é um regime escolar. Junto ao mestre, está a presença do médico.

Práticas médico-pedagógicas surgem junto com a emergência da “criança anormal”, do conceito de “desenvolvimento” e com a generalização do poder psiquiátrico a toda forma “desviante” de vida. Esse arranjo nos oferece os indícios de montagem de práticas atuais e nos remete ao caso do *“Menino que pulava para falar”* que não foi acolhido pelo CAPS por considera-lo mais próximo de um “retardo mental” do que de um “transtorno mental”, de uma “loucura”. *Como se opera essa divisão? Quais são os efeitos dessa operação?*

1.4.1 Separação entre infância e loucura. Junção do espaço psiquiátrico com o modelo pedagógico.

Foucault (2006) desenvolve a problemática da generalização do poder psiquiátrico¹⁰ e identifica que o suporte dessa difusão fora a criança não-louca. A psiquiatria direcionava sua atenção, nos trinta primeiros anos do século XIX, para a criança imbecil, idiota, retardada, no esforço de retirar tais categorias do campo da loucura. A “criança louca” entra em cena tardiamente e por um efeito da psiquiatrização da infância. Ela aparece em um cenário de consulta particular, e não no asilo, e é focalizada com a trindade: criança, pai e mãe. São os casos tratados por Charcot, na década de

Aproximando das práticas do início do século XIX, na França, Foucault faz enxergar que as crianças não foram para o espaço psiquiátrico em função da escolarização. Poderíamos acreditar que o problema de saber onde colocar as crianças idiotas seria um efeito do ensino primário, que no início do século XIX estava se organizando e, assim, os idiotas identificados no espaço escolar como um problema seriam transferidos para os asilos. No entanto, Foucault sinaliza que essa é uma realidade, mas para o final do século XIX e não para a época em que ele se situa, década de 1830.

¹⁰ O conceito que Foucault elabora de “poder psiquiátrico” não se refere ao poder que o médico psiquiatra possui com suas intervenções. Lembremo-nos da noção de poder formulado por Foucault. Poder não é posse de alguém ou de um grupo. Poder é jogo de forças que se dá nas relações e sempre está acompanhado de resistências. O poder faz funcionar realidades e regimes de verdades. Nesse sentido: “(...) o poder psiquiátrico é antes de mais nada certa maneira de gerir, de administrar, antes de ser uma terapia ou uma intervenção terapêutica: é um regime, ou melhor, é porque é e na medida em que é um regime que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidade, emprego do tempo, sistema de carências e medidas, obrigações de trabalho, etc.” (FOUCAULT, 2006, p. 217)

1880, como as crianças recebidas por ele da Rússia e da América Latina que sofriam de afecções nervosas, girando em torno da histeria.

As anamneses e interrogatórios que eram feitos com os doentes mentais e familiares durante todo o século XIX, abordavam toda a vida do paciente, inclusive a infância. No entanto, esses instrumentos não eram para interrogar o conteúdo louco da experiência infantil, mas para encontrar na infância indícios precursores da loucura. Não havia, nessa época, uma estreita relação entre infância e loucura.

“Eu diria então - é essa hipótese que quero considerar – que a psiquiatrização da criança, por mais paradoxal que seja, não passou pela criança louca ou pela loucura na infância. Parece-me que a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de criança retardada, isto é, uma criança que se tomou o cuidado de dizer, desde o início, desde os trinta primeiros anos do século XIX, de especificar bem que não era louca. Foi por intermédio da criança não louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico”. (FOUCAULT, 2006, p. 257).

Um dos efeitos da psiquiatrização da infância foi a elaboração teórica da distinção entre debilidade mental e loucura. Um conceito fundamental para essa diferenciação foi o de desenvolvimento. Até o fim do século XVIII, a debilidade mental pertencia ao quadro geral da loucura, que se distinguia nas formas de “mais” (furor, agitação, violência) e de “menos” (abatimento, inércia). Nesta última forma estava inserida a idiotia, a imbelicidade e a demência. A idiotia e a demência teriam conteúdos semelhantes, sendo a primeira encontrada nas crianças e a última, nos adultos.

O início do século XIX assistirá na psiquiatria toda uma elaboração teórica que irá separar debilidade mental e loucura. Os textos dos psiquiatras franceses Esquirol (1817, 1818, 1820) e Belhomme (1824) elaboram uma definição de idiotia que tem a noção de desenvolvimento como critério distintivo da loucura. A idiotia passa a ser um estado em que as faculdades intelectuais não puderam se desenvolver. Não é mais em relação ao delírio, à verdade, à capacidade de dominar-se (elementos que caracterizavam a

loucura) que a idiotia será definida. O parâmetro agora é a ausência de desenvolvimento. A idiotia começa a sair do registro da doença.

Esquirol desenvolve uma teorização sobre a idiotia diferenciando-a da demência e da loucura a partir da conceituação simples do termo desenvolvimento. Sendo a idiotia o não desenvolvimento, a demência e outras doenças mentais surgirá a partir de um momento, especialmente da puberdade. Dessa condição, também temos que a idiotia não evolui, é estável, enquanto a demência e a loucura evoluem, estabilizam-se, agravam-se, curam-se. Foucault cita uma passagem do livro de Esquirol, de 1820, que figura bem essa diferença entre o idiota e o demente: “O homem em demência é privado dos bens que gozava outrora: é um rico que se tornou pobre; o idiota sempre esteve no infortúnio e na miséria.” (ESQUIROL, 1820 *apud* FOUCAULT, 2006).

Esse uso simplista e binário da noção de desenvolvimento (se tem ou não se tem) vai colocar a loucura e a demência de um lado e de outro, a idiotia. Está feita, assim, uma demarcação entre o que é doença e o que é monstruosidade, respectivamente.

O século XIX também verá outra conceituação de idiotia, conectada de alguma forma com a de Esquirol pelo conceito de desenvolvimento. São os trabalhos de Seguin dos anos de 1840. Édouard Seguin, que não era médico, teve vasta experiência com crianças idiotas em asilos e institutos. Figura importante na institucionalização e psiquiatrização da infância. Ele elabora teoricamente o conceito de idiotia, diferenciando-o de retardo mental usando o conceito de desenvolvimento de outra maneira. Trata-se de uma evolução contínua e não mais a avaliação se há ou não o desenvolvimento. O idiota apresenta não uma ausência no desenvolvimento, mas uma interrupção. Já a criança retardada não interrompe seu desenvolvimento, mas desenvolve-se mais lentamente em relação às crianças de mesma idade. Tais noções de idiotia e retardo mental terão peso no cuidado com essas crianças. O livro de Seguin, *Tratamento Moral dos Idiotas*, é um balanço de suas experiências com crianças idiotas, onde define os princípios da “educação fisiológica”.

Será o modelo pedagógico norteador das práticas com crianças ditas idiotas. Isso porque, com Seguin, a idiotia e o retardo não são doenças, eles pertencem à infância. Logo, os cuidados que devem ser dispensados aos idiotas e retardados são os mesmos,

em natureza, destinados às crianças ditas “normais”, ou seja, a educação. Não são doenças e sim anomalias. Surge, então, a figura da criança anormal. A criança idiota ou retardada é concebida como estando fora da norma. Os padrões de normatividade são dois: o adulto como estágio final do desenvolvimento e as crianças como definidoras da média da velocidade para desenvolver-se. Foucault aponta para a dimensão temporal do conceito de desenvolvimento que Seguin faz uso:

“Nessa medida, o desenvolvimento é comum a todo mundo, mas é comum muito mais como uma espécie de ótimo, como uma regra de sucessão cronológica com um ponto ideal de chegada. O desenvolvimento é portanto uma espécie de norma em relação à qual nos situamos, muito mais do que uma virtualidade que possuiríamos em nós”. (FOUCAULT, 2006, p. 263)

Em Esquirol, a idiotia ainda pertencia à enfermidade por ser ausente o desenvolvimento. Com Seguin, a idiotia sai definitivamente do registro da doença e entra na da normatividade, só que em um grau menor. A criança idiota está inserida na temporalidade da infância numa variedade diferenciada em relação à norma. Idiotia ou retardo mental não são mais desvios doentios, mas desvios normativos.

As categorias idiotia e loucura distinguidas teoricamente são colocadas no mesmo espaço institucional, o psiquiátrico, por meio de outra noção generalizante que é de “alienação mental”. Estando no espaço asilar, o que se exerce é o poder psiquiátrico. Foucault identifica no *Tratamento Moral dos Idiotas*, de Seguin, os mecanismos e estratégias do poder psiquiátrico em estado puro. O que para os adultos terá processos que irão elaborar e aprimorar o poder psiquiátrico, para as crianças idiotas ele irá incidir de forma não lapidada. O que será oferecido é uma junção entre o tratamento psiquiátrico e pedagógico. Junção esta que é visível no corpo do mestre e na organização de um espaço disciplinar como o asilo, com o emprego completo do tempo com o trabalho. Ocupavam-se as crianças com atividades o dia inteiro.

Foucault analisa a prática de Seguin, que se empenhava em conceber a educação dos idiotas no hospital psiquiátrico de Bicêtre, entre 1842-1843. A função do mestre ao lidar com o idiota é semelhante à do psiquiatra frente ao louco. Há um afrontamento entre o

mestre e a criança idiota que se dá na forma de um sobrepoder do lado do mestre. O poder do mestre está acima do poder da família. Ele representa uma autoridade que se impõe com seu corpo físico, robusto, onipotente. O corpo do mestre é o meio de transmissão do conteúdo pedagógico. Usa-se da força física para a contenção, do olhar para capturar e dirigir o olhar inapreensível de uma criança¹¹.

No interior do espaço asilar, o poder psiquiátrico faz funcionar a realidade escolar com um suplemento de poder, de forma disciplinada. A instituição escolar funciona como uma realidade que vai identificar os sujeitos idiotas, imbecis, dementes e que oferece o modelo pedagógico para o tratamento dessas crianças. As crianças idiotas estando no espaço psiquiátrico, recebem o tratamento pedagógico por meio dos esquemas do poder psiquiátrico (sobrepoder do mestre, organização disciplinar do tempo e do espaço).

Não se concebeu até o fim do século XIX a criança como louca. Ela era anormal e deveria ser tratada como tal, ou seja, num modelo médico-pedagógico. O que temos durante todo o século XIX é o adulto como louco e a criança como anormal. E é em torno da figura do idiota que se vê surgir uma série de anomalias: sujeitos pervertidos, ladrões, onanistas, incendiários, que constituem a infância anormal. Dominar os instintos, os desvios, as anomalias. É assim que o poder psiquiátrico encontra saída para sua difusão, através dos problemas do âmbito da prática com crianças idiotas. A psiquiatria governa não só a vida do louco, mas toda forma de vida desviante. Poder sobre o louco, poder sobre o anormal. Dupla função da psiquiatria, que corresponde à defasagem entre às práticas referentes às crianças loucas e às crianças anormais.

A psiquiatria investiu, com seu modelo de tratamento e sua produção teórica, durante o século XIX, na criança anormal para difundir para as anomalias em geral. A psiquiatria passa a ligar-se aos regimes disciplinares (escolar, militar, familiar) para identificar e tratar do que escapa dos padrões normativos de tais regimes. Ela é a ciência e o poder sobre o anormal.

¹¹ Foucault (2006) traz uma citação do próprio Seguin que é uma descrição do que ele fez para domar uma criança: “A.H. era uma petulância indomável; trepando como um gato, escapulindo como um camundongo, nem se podia cogitar em mantê-lo imóvel por três segundos. Eu o botei numa cadeira, sentei-me em frente dele, segurando seus pés e seus joelhos entre os meus; uma das minhas mãos prendia as duas deles sobre o seus joelhos, enquanto a outra trazia incessantemente dentro de mim seu rosto móvel. Ficamos assim cinco semanas, fora das horas de comer e dormir”.

1.5 As linhas do caso, as práticas de cuidado.

Nesse fenômeno da “generalização do poder psiquiátrico por meio da criança não louca” temos alguns caminhos de análise: o sistema escolar oferecendo o método pedagógico para tratamento dos idiotas, a proliferação das anomalias, a periculosidade dos anormais como condição da assistência agir, dentre outros elementos apontados por Foucault (2006). Desses caminhos, chamamos atenção para a operação de divisão presente na distinção entre anormalidade (onde entrariam a idiotia, o retardo, a imbecilidade) e a loucura. Operação esta que começa com os estudos de Esquirol e Seguin, que têm como conceito referência o de “desenvolvimento”. Não se concebe a criança como tendo a possibilidade de um padecimento, de um “sofrimento psíquico” e sim um “problema no desenvolvimento normal”. Mesmo com os trabalhos de Charcot, quando a criança passa a ser vista, no cenário familiar, como “louca”, parece ser a marca do “desenvolvimento” que irá direcionar as práticas de cuidado. A condição de um sujeito que pode interromper ou retardar seu “desenvolvimento normal” coloca crianças e adolescentes em um patamar inferior, no registro do déficit e, por isso, a esse público deve ser direcionado um trabalho pedagógico-ortopédico (de conserto dos desvios) e disciplinar.

Ao nos depararmos com o direcionamento de cuidado de um CAPS em não acolher o Menino por ele estar mais próximo de um “retardo mental” que de um “transtorno mental”, indagamos pelo que faz essa distinção e orienta essa prática. O caso do Menino traz essa linha divisória tênue entre um e outro (retardo e transtorno). Não se trata somente de nomenclaturas diferentes. Foucault (2006) nos mostra que junto a uma elaboração teórica de distinção entre idiotia e loucura, todo um aparato médico-pedagógico foi montado para cuidar das crianças idiotas nos asilos. Essa linha de distinção não é natural. Para mostrar tal condição retomamos o que proporcionou, em um dado momento, que a infância fosse colocada no âmbito das anomalias. Não queremos afirmar que, se ao contrário, a criança fosse concebida no campo da loucura

teríamos outra forma de cuidado que não a anexação institucional¹². A concepção de infância como “fase em desenvolvimento”, podendo algumas crianças parar ou retardar esse processo, fez com que o modo de cuidar fosse o modelo médico-pedagógico-assistencial.

Couto (2003) coloca que tal concepção, dentre outros fatores, delineou as políticas públicas para crianças e adolescentes com “transtornos mentais” nos campos da Educação e da Assistência. “A “criança aprendiz”, que apenas cumpre a função de aprender – para se desenvolver inclusive -, informou e configurou um campo de políticas públicas cujo formato foi, basicamente, assistencial e educacional”. (COUTO, 2003, p. 193)

A montagem do caso de “*Um Menino que pulava para falar*” proporcionou que puxássemos algumas linhas de análises e que colocássemos a questão sobre os lugares produzidos para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. O caso nos mostrou uma “expulsão dos lugares”, um “não lugar”, o “lugar da lista de espera”, os encaminhamentos e as perambulações. Agora, puxamos outras linhas a partir desse caso: as problemáticas da infância como “problemas de desenvolvimento” e o tardio enfrentamento pela Saúde Mental das questões que permeiam a infância e juventude. A concepção de desenvolvimento direcionou as práticas de cuidado no sentido do modelo médico-pedagógico que, como Foucault (2006) apontou, serviu de identificação e tratamento das crianças anormais. O que nos leva a essa discussão é um dos pontos desse caso que foi a prática de cuidado de um CAPS em não eleger o Menino como usuário desse dispositivo.

O caso traz linhas de análises e não linhas de interpretação. O que significa que não queremos afirmar que “a causa” do CAPS não ter acolhido seja essa demarcação entre idiotia e loucura do início do século XIX que Foucault (2006) descreve. Mas apontamos esse fato histórico como um dos indícios de montagem de práticas dirigidas a crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. Com isso, tentamos retirar a evidência que se

¹² Foucault (2006) apresenta um “diagrama de integibilidade” desse processo composto de vários vetores: econômicos, políticos, ideológicos. E o modo de cuidado asilar foi ao encontro da necessidade de liberação dos pais para o trabalho. (FOUCAULT, 2006).

coloca ao dizer que não se acolhe porque é um critério de seleção para uma “clientela de CAPS”. Muito mais nos interessa como esse critério é estabelecido, quais os recursos para montá-lo, quais operações de divisão ele coloca para funcionar. No caso do Menino parece ser dessa distinção entre deficiência/retardo x transtorno/loucura.

Também não estamos afirmando que: loucura = transtorno mental e idiotia = deficiência mental. Cada termo deste faz parte de uma constelação própria de sentidos e orienta diferentes práticas. Mas parece haver uma conjugação que compõe de um lado Reforma Psiquiátrica-loucura-transtorno mental, termo este que cunhou os direitos civis dos “portadores de transtornos mentais” (Lei 10 216/2001). Por outro lado, há a composição deficiência mental- retardo mental e os transtornos globais do desenvolvimento, que também aglutina uma luta pelos “direitos da pessoa com deficiência”.

A não escolarização do Menino e a sua passagem pela APAE foram os indícios de que ele não estaria no campo da tríade “Reforma Psiquiátrica – loucura- transtorno mental” e, portanto, não poderia ser um usuário do CAPS. Não nos interessa definir em qual categoria o Menino se encaixaria. Também não queremos afirmar a “loucura” como outro estigma (como foi a deficiência para este Menino) e como definidora da eleição de usuários para dispositivo da Reforma. Queremos, sim, apontar para o que promove essa divisão, para o que orienta uma prática de cuidado, para o que produz sujeitos e saúde. Neste caso, essa divisão produziu mais um encaminhamento burocrático, mais uma “*expulsão dos lugares*” – que como já apontamos no começo do capítulo, parece compor as práticas com crianças e adolescentes na Saúde Mental.

A montagem dos casos nos serve para visualizar tais *práticas*, que afirmamos serem *políticas* no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. Os casos para puxar as linhas históricas, ou seja, desnaturalizar as práticas. Em cada ato de cuidado estão envolvidas políticas que orientam uma ação e que são formadas no tecido histórico. Seguimos nessa empreitada de colocar em análise as práticas de cuidado, traçando as linhas que montam os casos de meninos e meninas que são usuários de algum equipamento de Saúde Mental e narrando as peripécias, as histórias e estórias junto a esse campo.

Retomamos o debate de Foucault (2003) com os historiadores naquela “Mesa-redonda” de 1978 para indicar qual é a aposta do presente trabalho, que não se pretende revelar “a

verdade” sobre Saúde Mental Infanto-juvenil e nem ofertar soluções “*prêt-à-porter*”. A direção é de incitar pequenas invenções problematizando e colocando em análise as práticas de cuidado nesse campo.

Foucault (2003) reconhece a fragilidade do seu trabalho que é, sobretudo, propositivo, apesar da alegação e da sensação de que anestesia, de que não se saiba o que fazer com ele. Está mais próximo de um exercício de cultivo, sobretudo, de uma postura. Nem tanto de respostas ou de esquemas perceptivos, mas de um modo de enxergar o que se passa. A abordagem histórica deseja esse modo: de olhar para os processos constituintes e constituídos. Suspender as naturalizações, as cristalizações. Deslocar as formas de sensibilidade:

“Ajudar, de uma certa maneira, para que se escamem algumas “evidências”, ou “lugares-comuns”, no que se refere à loucura, à normalidade, à doença, à delinquência e à punição; fazer, juntamente com muitos outros, de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer; participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância etc. – não me sinto em condições de fazer muito mais que isso. Se apenas o que procurei dizer pudesse, de uma certa maneira, e para uma parte limitada, não ser inteiramente estranho a alguns desses efeitos no real... E, além do mais, sei o quanto tudo isso pode ser frágil, precário, e cair novamente no sono.” (FOUCAULT, 2003, p. 347)

2 Uma Menina-moça que escrevia cartas. O que a Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar no campo da infância e adolescência?

2.1 De quais *lugares* sair?

Quando se diz “Reforma Psiquiátrica”, com todos os sentidos e controvérsias que se tem com o termo “reforma”, logo comparece a imagem do objeto a ser reformado: o Hospital Psiquiátrico. Quando se fala de “Luta Antimanicomial”, já está denominado o que se pretende combater: o Manicômio. Antes de estabelecer essa associação de imagens, fazemos a ressalva de que todo o Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial não se reduz a extinção do Hospital Psiquiátrico. Também ultrapassa a conquista de direitos civis para portadores de transtornos mentais e coloca em pauta (quando indissociados luta e desejo) a libertação, em nós, dos “desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001). Esses desejos se expressam em vários âmbitos da vida e atravessam cor, gênero, idade e classe social. Tendo esse critério de análise, a Reforma Psiquiátrica não estava somente para os pacientes psiquiátricos de longas datas de internações, mas para toda a sociedade, propondo outra produção desejante. Produção que não seja a de classificar, rotular, esquadrihar e segregar.

Feita a ressalva, ainda podemos dizer que a imagem do Hospital Psiquiátrico e do Manicômio é uma correspondência quase imediata quando falamos de um “passado” a ser superado no campo da Saúde Mental de adultos. Tal associação de imagens nos serve para ilustrar essa facilidade em identificar. E com as crianças e os adolescentes? *Qual é o passado a ser superado? De quais lugares sair?*

No campo da infância e adolescência, no que se refere à Saúde Mental, essa questão é mais difusa. Couto, Duarte e Delgado (2008) enumeram fatores aos quais se atribui a inclusão tardia da Saúde Mental Infantil e Juvenil na agenda das políticas de Saúde Mental. Entre esses fatores os autores discutem uma particularidade do sistema de cuidado brasileiro:

“Este, especificamente no caso de crianças e adolescentes, freqüentemente envolve a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação,

assistência social, justiça e direitos. Esses setores tradicionalmente operam isolados uns dos outros, mas todos provêem serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com problemas mentais.” (COUTO; DUARTE; DELGADO, p. 392, 2008).

Este fator é o que contempla o que estamos afirmando de “uma questão difusa” quando se fala de um “passado a ser superado” no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. As práticas de cuidado com crianças e adolescentes estavam dispersas em vários setores. Não existia, como no caso dos adultos, uma instituição específica que recebesse crianças e adolescentes com “transtorno mental”. Existiram, em alguns Hospitais Psiquiátricos brasileiros, pavilhões infantis, como o pavilhão inaugurado em 1903, no Hospital da Praia Vermelha, e em 1921, no Hospital do Juqueri, em São Paulo (RIBEIRO, 2006). Há também a criação de instituições filantrópicas para esse público, como abrigos e educandários, onde o trabalho, assim como nesses pavilhões, estava orientado por uma pedagogia ortopédica, de correção dos desvios.

Couto (2012) aponta que uma histórica “dispersão setorial”, em que setores independentes e autônomos cuidavam de problemas relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes, pode ser superada pelo caminho da “intersectorialidade”, “a real possibilidade de existência de redes de cuidados nos diferentes contextos e regiões do país”. (COUTO, 2012, p. 98). A autora dialoga com Couto, Duarte e Delgado (2008) e afirma que o problema brasileiro não está na desassistência em Saúde Mental Infanto-juvenil, mas na existência de serviços desarticulados (Educação, Assistência, Justiça, Saúde) que operavam de maneira isolada e fragmentada, mas com algum tipo de intervenção com crianças e adolescentes com “problemas mentais”.

Sinalizamos essa “dispersão setorial” ao falar de um “passado a ser superado na Saúde Mental Infanto-juvenil” não para afirmar que é preciso uma “junção em um único setor” que seria responsável por aglutinar todos os cuidados. Tal posição seria a de defender “manicômios infantis” e instituições especializadas no cuidado em Saúde Mental com meninos e meninas, o que vai de encontro à proposta deste trabalho.

O sentido de identificar uma particularidade do sistema de cuidado brasileiro em que diferentes setores cuidam isoladamente de questões relacionadas ao campo da Saúde Mental Infanto-juvenil é para indicar o ponto de partida para a tarefa deste capítulo. O

que se pretende é contornar e analisar as práticas de cuidado com meninos de meninas, visando identificar o que se pretende superar nesse campo. Para tanto, empreendemos a montagem de um caso - o de Uma Menina-moça que escrevia cartas.

Com a narrativa de vida da Menina-moça a partir de seus percursos por instituições (de Saúde Mental, da Assistência, da Justiça, da Educação) iremos analisar as práticas que produzem o confinamento e a exclusão como forma de cuidado em torno da figura do “Abrigo”. A Menina-moça tem o costume de escrever cartas nas sessões com a estagiária de Psicologia em um Ambulatório de Saúde Mental para crianças e adolescentes, no Hospital Universitário¹³. Nessas cartas, entre outros escritos, ela faz pedidos de saída. Pegamos esses pedidos da Menina-moça como indicadores para nós dos possíveis *lugares* dos quais se pretende sair ao afirmar outras políticas de cuidado com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. Entendemos esses lugares não somente como estruturas físicas (como, por exemplo, um abrigo), mas como as práticas asilares que podem estar presentes em vários espaços. Remetemos ao *lugar das práticas*.

Por estarem difusas, é imperiosa a tarefa de rastrear as práticas institucionalizantes de cuidado que delineiam um *lugar* do qual a Menina-moça pede para sair em suas cartas. Apesar de na história da Menina-moça comparecer um representativo ícone do que se quer superar no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil (o Abrigo) ainda nos interessa saber quais práticas emergem com a prática do abrigamento. O Abrigo *per se* não serviria para nossa tarefa de rastrear as práticas de cuidado com meninos e meninas no campo da Saúde Mental que se pretende superar. As práticas que compõem o Abrigo nos servem para analisar as políticas de cuidado em diferentes instituições que lidam com crianças e adolescentes, já que o sistema de cuidado brasileiro, historicamente,

¹³ Um dos recursos utilizados para montar a narrativa do caso da “Menina-moça”, foi a leitura do prontuário no Ambulatório de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), com autorização prévia da instituição. As informações levantadas neste prontuário serviram como “marcos” para compor a história da Menina-moça e com eles não é possível identificar a pessoa. O que mais nos interessa é o “anonimato”. A história da Menina-moça é a história de várias meninas-moças que trilham os caminhos que levam ao abrigamento. Uma vida e todas as vidas – essa é a orientação da narrativa do caso ao expressar as políticas de cuidado no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil.

funciona por setores isolados fazendo algum tipo de intervenção em saúde mental. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

A opção de chamar por “Menina-moça” e não por um nome próprio é para indicar que essa história não seja privada. Na história da Menina-moça estão presente histórias semelhantes de diferentes meninos e meninas que ingressam na “carreira de abrigamento”. Ou seja, a narrativa do caso aponta para uma política, para uma prática de cuidado orientada pela reclusão e exclusão. A vida aqui narrada poderia ser de qualquer Menina-moça. Mantemos essa junção de menina + moça, apesar da idade de juventude da Menina-moça que vamos narrar, para manter um paradoxo que envolve os abrigados: são crianças e adultos. Como veremos, o ponto problemático de tal paradoxo refere-se às práticas de infantilização, um dos efeitos do abrigamento.

2.2 Uma Menina-moça que escrevia cartas. Endereçando pedidos de amor e pedidos de saída.

Uma Menina-moça contava contos de fada, misturando-os e misturando-se com eles no atendimento psicológico, em um Ambulatório de Saúde Mental. Negra, de cabelos bem curtos, com brincos e colares de miçanga e batom vermelho nos lábios, a Menina-moça não quer ficar mais gorda. Sabe que seu corpo está sendo moldado pelas medicações antipsicóticas que toma há algum tempo. Elas são várias e pesadas. Deixa indisposta e sonolenta. Quer emagrecer para os namorados. Eles são muitos, para os quais a Menina-moça escrevia cartas, declarações de amor. Às vezes sem assinar, às vezes com a assinatura do destinatário. A preocupação com o corpo “esbelto” era acompanhada do falatório sobre comida. A Menina-moça conta que quando está ansiosa, come mais do que devia. Fala que Branca de Neve - a moça sem mãe - e a dupla João e Maria - irmãos que se perdem pelo caminho - comem por ansiedade. Quando fala dela, a ansiedade parece não se apresentar como metáfora ou um sentimento a ser descrito. É o mal no seu corpo. Quando ele chega, é preciso pensar em Jesus. O demônio também a persegue. Faz oração para afastá-lo. Fica trêmula. O choro é o nervosismo jorrando em água. Temor da perseguição. Ora o Salmo 23. *“O Senhor é meu pastor, nada me faltará. (...)*

Ainda que eu atravessasse o vale escuro, nada temerei, pois estais comigo.” Por quais vales escuros a Menina-moça teria passado?

A Menina-moça já foi menininha, época em que foi encontrada junto com sua mãe, seus tios e irmãos por um pastor, em um bairro humilde. Ela tinha quatro anos. Sua mãe era tida como “doente mental”. Em uma situação de extrema pobreza, por algumas vezes as crianças foram vistas comendo grama. Por sua bondade e caridade, tal pastor de almas intermediou o abrigo da menininha. O destino dos irmãos não foi muito diferente: alguns foram para outro abrigo, e depois para um Hospital Psiquiátrico, enquanto outros foram para o exterior, em adoção internacional.

Nesse abrigo onde a Menina-moça foi morar, ficavam também outras menininhas em “situação de abandono” e os cuidados eram administrados por uma mãe social e o esposo desta. A nossa menininha foi crescendo e desarrumando o abrigo. A bagunça foi tamanha que a levaram para um lugar onde pudesse ser tratada. Aos 16 anos (já Menina-moça) chega a um Ambulatório de Saúde Mental para crianças e adolescentes. Durante esses anos de abrigo, nenhum comportamento foi digno de grande estranheza, a não ser quando se debatia parecendo ter uma crise epilética, mas logo voltava ao “normal” quando despertava. As “crises agressivas” tornaram-se mais constantes e eram dirigidas, principalmente, à mãe social quando esta cuidava de uma recém-chegada ao abrigo, uma nova menininha. As cenas de ciúme eram endossadas pelas outras meninas, que diziam que a mãe social só teria atenção para a novata, deixando a Menina-moça de lado.

Assim era descrita a queixa da instituição, que vinha acompanhada com o pedido de “amansar a fera”. A Menina-moça estudava numa escola especial e também em uma escola regular, a pedido dela mesma. Chega ao ambulatório relatando o desejo de ir embora do abrigo onde morava e de encontrar sua mãe. Queixa-se que ninguém deste abrigo preocupa-se em procurar sua mãe, que foi visita-la duas vezes, quando ainda era menininha. Mãe que se apresentava “sem noções de higiene” e com características de andarilha, segundo relatos do abrigo. Uma aparência que se difere da mãe social, que é a boa mãe, a mãe apta a cuidar das crianças. A dita “falta de higiene” em uma “pobreza moral” desautorizava a mãe da Menina-moça de criar seus filhos. Um “higienismo maternal”.

Alguns meses se passam e a Menina-moça quebra tudo dentro do abrigo. Fica agressiva. Em uma dessas crises de agitação e agressividade, é levada ao pronto socorro psiquiátrico da cidade, onde recebe doses altas de medicação. Certo dia, chega ao ambulatório acompanhada de dois funcionários de outro Abrigo¹⁴. A Menina-moça havia sido transferida para outra instituição asilar. Ela chega ao ambulatório falante, sorridente, dizendo querer voltar ao abrigo. Não tem noção ainda de onde foi morar e nem sabe que continuará a fazer este pedido por um bom tempo. Desejo de sair. Sair do abrigo, procurar sua mãe. Sair do Abrigo, voltar ao outro abrigo. Ir para o Hospital Psiquiátrico ficar com os irmãos. Tentou fugir algumas vezes. Não sabe ao certo para onde ir. Permanece a vontade de sair. Sair de que lugar?

O Ambulatório parecia ser um lugar para suas saídas, onde ela se expressava e relacionava-se com outras pessoas fora do restrito círculo da instituição asilar. Muitas vezes não chegava ao Ambulatório porque não havia no Abrigo quem a levasse. Quando ia, chegava bem bonita, arrumada e sorridente. E é de lá que conheço essa Menina-moça que conto essa estória, esse caso. Da época em que eu participava de um Projeto de Extensão Universitário neste Ambulatório. Encontrava-me com ela nas festas, nas oficinas, na recepção e ouvia falar dela nas supervisões e reuniões. Quando a Menina-moça é perguntada sobre o que mais gosta de fazer nas suas idas ao Ambulatório, elenca: festas, dançar e fazer cartas. Fazia várias cartas, uma ou mais em cada sessão ou oficina. Cartas para os namorados. Cartas para os cuidadores do Abrigo onde está. Cartas para as pessoas do Ambulatório. Cartas envolvidas pelo tema do amor. Pedidos de namoro, perguntas sobre o marido ou esposa, namorado ou namorada do destinatário ou da destinatária. Cartas que também endereçavam pedidos de saída.

2.3 O Ambulatório e o Abrigo. Os que “ambulam” e os que passam pelo “inevitável caminho” do abrigamento.

A Menina-moça, em sua vida juvenil, já recebeu várias marcas: de negligenciada, abandonada, abrigada, psicótica, deficiente. Ela nos apresenta com sua vida de trajetos

¹⁴ Passo a chamar esta outra instituição asilar para onde a Menina-moça é transferida e onde mora até hoje de Abrigo, com a inicial maiúscula, para diferenciar da outra instituição onde a Menina-moça era abrigada.

institucionais, o que a atual Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes se depara como enfrentamento. Desde a idade de quatro anos vive em instituições asilares, ela que já completou os dezoito anos. No Abrigo, toma doses altas de medicamentos, como todos os abrigados. Recorre a algumas instituições da rede de Saúde Mental: como o pronto socorro psiquiátrico, cuja intervenção é conter uma “crise” com uma medicação; e o Ambulatório de Saúde Mental, que acompanha a Menina-moça em suas saídas do Abrigo, quando pode dançar, escrever cartas, conversar. Mas ao Ambulatório é dirigido o pedido de “amansar a fera”. Quem faz o pedido entende o Ambulatório como um lugar especializado em Saúde Mental para que enquadre a criança em um padrão social, sem considerar e intervir em outros fatores da vida, como o próprio abrigamento.

Este Ambulatório, em específico, onde a Menina-moça é acompanhada, funciona por meio de um projeto de extensão no Hospital Universitário. Havia somente três profissionais do Hospital, duas secretárias e um psiquiatra. A maior parte das atividades era feita por alunos extensionistas e estagiários, supervisionados por uma professora do Departamento de Psicologia da UFES. Este Ambulatório recebe crianças e adolescentes de todo o estado do Espírito Santo e de estados vizinhos, por ser a única referência em Saúde Mental Infanto-juvenil de abrangência estadual.

Na presente data, só há um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) no estado do Espírito Santo e que se localiza na capital, Vitória. Em outras cidades da Grande Vitória estão sendo construídos seus CAPSi, como em Serra e Vila Velha. Como o CAPS é um serviço municipalizado, sua abrangência territorial é o município onde está localizado. Como só existe um CAPSi no ES, os outros municípios tem como referência este Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário. Outros lugares poderiam ser essa referência em Saúde Mental para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS), como as Unidades de Saúde e os CAPS I, II e III. Em relação aos CAPS, “mesmo aqueles não dirigidos especificamente para crianças e adolescentes recebem orientação da política para, nos locais onde não existem outros recursos da saúde mental, responder pela cobertura a esta população quando necessitada de tratamento.” (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

A magnitude dessa referência em Saúde Mental Infanto-juvenil deste Ambulatório que estamos falando não se coaduna com a sua estrutura. Ele funciona com um escasso quadro de profissionais e em um prédio com condições físicas inadequadas, além de ter uma localização escondida no hospital. Apesar dos limites estruturais, o ambulatório desenvolve um trabalho muito atento às questões que envolvem a infância e a adolescência e os pedidos de medicalização e de normalização, que vem de instituições como abrigos, escolas, Conselho Tutelar, Justiça, entre outras¹⁵.

Na tentativa de localizar o papel específico dos ambulatórios de saúde mental no processo de substituição da instituição asilar por uma rede de atenção psicossocial, Tenório (2001) coloca que a implantação dos ambulatórios foi uma via alternativa ao asilo no Brasil, nos anos 70 e 80. Tal via, segundo o autor, fracassou por não conseguir superar a lógica do manicômio. Os ambulatórios serviam como “ponte para a internação” e funcionavam com uma concepção de doença e tratamento centrados na ação médica e no monitoramento dos sintomas. O fracasso desse dispositivo em substituir o asilo mostra que a estrutura estratégica de substituição é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

“Cumpre discutir, portanto, a limitação do ambulatório no processo de substituição asilar, inclusive para, reconhecendo seus limites intrínsecos como estrutura, localizar seu papel específico no processo de substituição do manicômio por uma rede de atenção psicossocial – papel que acho importante, sem desconsiderar o privilégio dos Caps como estruturas que podem efetivamente absorver a clientela que hoje tem o asilo como destino.” (TENÓRIO, 2001, p.89).

O autor fala dos dois sentidos que o ambulatório possui. No sentido *lato sensu*, ambulatorial é todo atendimento que não seja o de internação, ou seja, dirigido para aqueles que “ambulam”. Nessa modalidade, entrariam, então, os CAPS e os hospitais-dia. O ambulatório *stricto sensu* é uma estrutura que a oferta, geralmente, é de atendimentos individuais de acompanhamento médico e psicoterápico. Há variações como trabalhos em grupo, serviço social e oficinas terapêuticas. Nesse sentido, há

¹⁵ Para saber mais sobre este ambulatório ver o relatório de pesquisa do Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES): “Saúde Mental da Criança e do Adolescente: a experiência do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital das Clínicas de Vitória-ES”. Professor Orientador: Luziane Zacché Avellar. Estudante PIBIC/PIVIC: Suziane Kirmse Comério. Jornada de Iniciação Científica 2008/2009. Ciências Humanas.

limitações intrínsecas na oferta de cuidados a pacientes mais graves¹⁶. O que não significa que o ambulatório não possa ser uma estratégia da Reforma Psiquiátrica, podendo ser resolutivo no acompanhamento de alguns casos. Esse dispositivo pode não operar na lógica hospitalocêntrica e sintomatológica, podendo estar em conexão com os outros dispositivos da rede (TENÓRIO, 2001).

Entre os “dispositivos da rede”, a Menina-moça frequenta o Ambulatório (nas suas *saídas*) e reside no Abrigo. Apesar dos “efeitos do abrigamento” que serão discutidos adiante, o Abrigo faz parte da rede assistencial para crianças e adolescentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECRIAD – Lei nº 8.069/90) coloca quais são as condições de possibilidade para um abrigamento e com qual objetivo essa prática é prevista. A reformulação de alguns pontos deste Estatuto pela Lei 12.010, de 2009, transforma e adensa o que tange ao “acolhimento institucional” – termo que reformulou o de abrigamento. O Artigo 92, do ECRIAD, elenca em seus incisos os princípios que as entidades que desenvolvem programas de acolhimento familiar ou institucional deverão adotar. Quase todos os princípios giram em torno de dois: preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar (inciso I) e preparação gradativa para o desligamento (inciso VIII). Nota-se que o acolhimento institucional visa a ser excepcional e provisório. Mas esse retrato ainda não é o da realidade brasileira. A Menina-moça nos mostra a sua carreira precoce de abrigamento. Uma vez iniciada, difícil sair dela.

Os estudos apontam para esse lado obscuro, que pouco se sabe, da vida dentro dos abrigos. A pesquisa *“Do confinamento ao acolhimento: mudando a prática de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência no Estado do Rio de Janeiro”* (2006-2008) desenvolvida pelo Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância (CIESPI), mostra os alarmantes dados sobre essa população no Rio de Janeiro. Neste estado, foram identificados pelo estudo, 106 abrigos. Destes, 13 eram

¹⁶ Essa discussão da “gravidade do caso” é complexa e difícil de ser resolvida no sentido de determinar em qual dispositivo o sujeito será acompanhado. “Casos mais graves” podem estar em ambulatórios e/ou unidades básicas de saúde e “casos menos graves” podem estar em CAPS. Essa determinação não é *a priori* e tem muito a ver também com as vinculações e as trajetórias que os usuários fazem na rede. Pertinente pensar também que o acompanhamento não precisa ser substitutivo, ou seja, o usuário pode estar em mais de um dispositivo. Aliás, em um trabalho em rede, é isso que se espera: não só a conexão de diferentes serviços que são feitos por profissionais, mas acolher as conectividades que o sujeito faz na vida. O que se tem clareza, com a Reforma Psiquiátrica, é que a “gravidade do caso” não deve ser uma força de aceleração que faça “cair para a internação”.

unidades exclusivas para crianças e adolescentes com deficiência/transtorno mental (abrigos específicos) e 93 se destinavam a acolher crianças e adolescentes com e sem deficiência (abrigos mistos). Nos abrigos específicos, foram encontrados 112 crianças e adolescentes e nos abrigos mistos, 61 crianças e adolescentes com deficiência/transtorno mental. O estudo:

“Visava à compreensão dos processos de encaminhamento deste grupo populacional para a rede de abrigos, públicos e conveniados, bem como a análise das possibilidades de reinserção familiar dos abrigados, com vistas à busca de opções de acolhimento e tratamento no contexto de políticas públicas de garantia do direito à permanência em meio familiar”. (RIZZINI e equipe, 2010, p. 2).

Com essa pesquisa, nota-se que a história da Menina-moça se repete em outros lugares, com outras vidas. Há muitas “Meninas-moças” espalhadas por aí, ou melhor, juntadas e confinadas pela prática da institucionalização. Pela pesquisa, 42,2% das crianças e dos adolescentes com deficiência, que se encontravam em abrigos específicos passaram mais da metade do seu tempo de vida estando abrigados. Esse percentual sobe nos abrigos mistos, onde 59% ou 36 casos se encontravam nesta situação.

O principal motivo identificado para o abrigamento foi a falta de recursos materiais da família para prover os cuidados básicos. Assim, a pobreza é ainda um forte fator que leva a institucionalização – 46,3% dos casos nos abrigos específicos e 32,8% nos abrigos mistos. Apesar da falta de recursos ser o principal motivo para o abrigamento, um número muito baixo de pessoas tinham o recurso financeiro oferecido pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) - 11 casos nos abrigos específicos (9,8%) e 4 casos nos abrigos mistos (6,6%). “Uma questão a ser pesquisada refere-se aos motivos que levam as famílias e os abrigos a não pleitearem esses benefícios” (CIESP, 2008, p.29). É interessante acrescentar a esta questão, outra: Qual a efetiva contribuição desse benefício para o cuidado com essas pessoas?

A pesquisa faz também uma importante discussão a respeito da “naturalização da pobreza” como justificativa do encaminhamento de crianças e adolescentes com deficiência para os abrigos. É lembrado que este fato não se refere somente aos quadros

de deficiência/transtorno mental, mas a associação entre pobreza e a falta de capacidade das famílias em cuidar de seus filhos. Segundo Rizzini (2011), tal associação começa a ser instituída em fins do século XIX e início do século XX no Brasil. Podemos afirmar que associar “pobreza” com “falta de cuidados” tinha como efeito não somente a retirada de crianças e adolescentes de suas famílias pela prática de institucionalização, como também a tarefa de ensinar modos higiênicos de cuidar. Os meninos e as meninas que permaneciam em casa também eram alvo de cuidados institucionalizados pelas práticas do higienismo, que ensinava, principalmente às mães, a maneira correta de cuidar dos filhos. Um “higienismo maternal”. Vimos que a mãe da Menina-moça é descrita como “sem noções de higiene”. Essa “falta de noção”, não deveria remeter somente ao seu corpo, a suas vestes, aos seus penteados, como também remetiam aos filhos na incapacidade de cuidá-los.

A falta de noções de higiene dos pobres começava a ser preenchida e retificada, no início do século XX no Brasil, pelas noções científicas e técnicas dos higienistas. Um médico ícone desse tempo que atualizava tais práticas era Carlos Arthur Morcovo Filho e “é a figura mais representativa do esforço de estender a norma médica à infância pobre e desvalida” (LOBO, 2008, p. 335). Seus trabalhos traduziam preocupações eugênicas e nacionalistas. Eram a expansão do saber médico que, direcionado principalmente às mulheres (cuidadoras das crianças), desqualificava o saber popular. A partir de uma constatação da negligência do Estado em relação às questões da infância (mortalidade, doenças, pobreza), Morcovo Filho propõe práticas higienistas e preventivas, por meio de uma Associação que ele mesmo fundou, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Esse instituto agregava médicos voluntários de várias especialidades acompanhados de suas esposas, as “Damas da Assistência à Infância”. O Instituto mesclava serviços médicos e assistenciais, além de orientações e noções higiênicas. A meta era a proteção de crianças pobres, doentes, defeituosas e maltratadas.

Nesse período histórico, a medicina está dentro de um projeto de sociedade urbana para o jovem Estado brasileiro, que começa a ver nascer sua burguesia com suas ideias políticas, sociais e higiênicas. A medicina do século XIX, representante da burguesia, preocupa-se com a mortalidade infantil e com outros problemas relacionados à saúde

das crianças. Condenava os modos de vida patriarcal e ruralista que geravam tais problemas e propunha novos costumes, hábitos saudáveis, novos padrões de comportamento. Era uma crítica à sociedade colonial e uma proposição de uma nova sociedade para o Brasil (RIBEIRO, 2006).

Nesses serviços do início do século XX, como o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, estava colocada em questão a capacidade das famílias pobres em cuidar de sua “prole”. Era necessário ensinar a maneira correta e higiênica para formar bons cidadãos, já que tal empreendimento não poderia ser exercido pelas famílias representadas pelas “mães sem noções de higiene”. Hoje, século XXI, tal preocupação é colocada pelos profissionais das instâncias de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes. É o que foi constatado na referida pesquisa do CIESP (“*Do confinamento ao acolhimento*” 2006-2008) ao entrevistarem um grupo de profissionais que participam dos processos de encaminhamentos de crianças e adolescentes com algum “problema mental” para o abrigo. Foram entrevistados “juízes, promotores, conselheiros tutelares, gestores e técnicos de abrigos, centrais de triagem e profissionais que atuam em outras instâncias.” (CIESP, 2008, p. 34). Uma preocupação indicada pelos encaminhadores, na pesquisa, foi a capacidade da família de cuidar da criança. Assim, o elevado percentual de casos em que a pobreza foi o principal motivo de encaminhamento para o abrigo é conjugado com a noção de que a família, sobretudo a mãe, é incompetente para cuidar dos filhos.

Além da pobreza, outros fatores que embasam o encaminhamento para os abrigos foram citados pela pesquisa, como a necessidade de tratamento e medicação, denúncias de maus-tratos e os quadros clínico e psíquico da criança ou do adolescente. Muitas vezes, esses motivos estão misturados, levando a uma confusão sobre a função de um abrigo, que acaba funcionando como um dispositivo da assistência social, de proteção e lugar de tratamento. Os profissionais de instâncias encaminhadoras para os abrigos entrevistados na pesquisa colocam este encaminhamento como “*mal necessário*”, sendo a única via possível de tratamento.

“Estes depoimentos refletem a dificuldade em contar com outros atores na retaguarda necessária para que as crianças e adolescentes permaneçam em contexto familiar, seja na sua própria família ou em família substituta. Nesses casos, o abrigo reflete a contradição e a sobreposição das áreas da Justiça, Assistência e Saúde Mental. Enquanto entidade de medida de proteção, a

função do abrigo é jurídica. Como atende a famílias de baixa renda, em sua maioria por motivos relacionados à impossibilidade de cuidar e tratar da criança com deficiência, funciona como dispositivo de assistência social. Por fim, quando nos referimos às crianças e adolescentes com deficiências que hoje estão nos abrigos por longos períodos, os abrigos assumem também o atendimento relacionado à Saúde Mental. Essas distorções polarizam tanto a família quanto o abrigo, que sozinhos são cobrados por assumirem todas as responsabilidades sobre as crianças e adolescentes. (...) A sensação de desamparo leva muitas vezes ao abrigamento enquanto solução entendida como apropriada tanto para a família quanto para o indivíduo doente. Essa lógica, que se perpetua no atendimento em Saúde Mental, pode e deve ser interrompida. Os caminhos não são dados. Eles precisam ser encontrados ou construídos. A família pode ser apoiada pelo poder público de inúmeras formas e sentir-se capaz de cuidar e tratar de seus filhos sem o “inevitável” abrigamento. (CIESP, 2008, p.39-40)

Por outro lado, a complexidade do cuidado recai sobre os familiares, principalmente à mãe, no caso de crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental que não estão nos abrigos. Outra pesquisa do CIESPI, “*A família nos dispositivos de cuidado*” (2008-2009)¹⁷, mostra que a demanda de tratamentos intensivos e dispendiosos por conta do quadro clínico de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos e/ou neurológicos implica grande sobrecarga de cuidado e de recursos financeiros por parte da família. A partir de entrevistas realizadas com as famílias, compreende-se o longo caminho em busca de diagnóstico e tratamento, que uma das mães entrevistadas denominou de “*via-sacra*”.

“Reconhece-se que as crianças e adolescentes com transtorno mental e/ou deficiência mental devem permanecer em seus contextos familiares, como é direito de qualquer criança ou adolescente. No entanto, o desafio situa-se em como prover cuidados e tratamento adequados para aqueles cujas famílias não dispõem de recursos financeiros.” (RIZZINI e equipe, 2010, p. 03).

As referidas pesquisas do CIESP e a história da Menina-moça evidenciam esse “*caminho inevitável*” do abrigamento como prática de cuidado com crianças e adolescentes com alguma deficiência e/ou transtorno mental. Tal prática é vinculada a várias outras como a naturalização da pobreza, a incapacidade das famílias pobres em cuidar dos seus filhos, a falta de retaguarda e de apoio de uma rede de cuidados que faça

¹⁷ “A família nos dispositivos de cuidados para crianças e adolescentes com transtorno mental e/ou deficiência mental: promovendo o direito à convivência familiar” (CNPq/MS, 2008-2009).

frente a esse “*mal necessário*”. Quais outras práticas estão envolvidas nessa cultura de institucionalização? O que acontece nos abrigos? Quais são os cuidados que envolvem crianças e adolescentes abrigados? Quais os efeitos das práticas nos abrigos? Perguntas-guia de um roteiro que busca traçar um delineamento para tornar visível e identificável o que a Reforma Psiquiátrica no campo da infância e adolescência tem a enfrentar. Enfrentamento não somente localizado dentro dos abrigos, mas difuso na vida cotidiana com crianças e adolescentes em diferentes dispositivos.

A tentativa é também de delinear o lugar do qual a Menina-moça quer sair. Ela enuncia claramente o seu desejo de sair do Abrigo. Mas, o que acontece no Abrigo? O que a Menina-moça possivelmente vê, sente e percebe das práticas no Abrigo que a faz querer sair de lá? Para continuar essa cartografia, acompanhamos mais os rastros da Menina-moça e passamos a falar mais especificadamente sobre o Abrigo onde ela se encontra. Colocamos que a direção das nossas análises é de que esse “lugar” não se refere somente à instituição física do Abrigo, como também às práticas que compõe o mesmo.

2.4 Um Abrigo e alguns efeitos de suas práticas

O Abrigo no qual a Menina-moça está institucionalizada é do tempo do Código de Menores, legislação que antecedeu o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ou seja, este Abrigo tem resquícios de um passado (ou tem o passado todo) quando uma “arte de governar crianças”¹⁸ era orientada pela internação dos deficientes, dos pobres e dos delinquentes. Assim, eram construídos abrigos, educandários, orfanatos. Cada qual com suas especificidades, mas todos visando à institucionalização de crianças.

Para ver de perto esse “passado no presente”, fui visitar o Abrigo onde a Menina-moça mora. Marquei com um profissional da instituição para conversar com ele. Fui apreensiva e com medo do que poderia me deparar naquele lugar. Na instituição, já me aguardavam. O profissional me recebeu e logo me perguntou se gostaria de conhecer o

¹⁸ Essa expressão dá nome ao livro organizado por Irene Rizzini e Francisco Pilotti. “A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.” O projeto do livro busca recuperar fontes documentais e marcos históricos da assistência pública e privada à infância e adolescência no Brasil. PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (2011). A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3 ed. São Paulo: Cortez.

Abrigo. Respondi negativamente, alegando que naquele dia iria primeiro conversar com ele e depois, se desse tempo, visitaria a instituição. Ainda estava receosa com o que pudesse encontrar. Conheci esse Abrigo por ouvir falar dele no Ambulatório de Saúde Mental para crianças e adolescentes, onde fazia estágio na época de graduação. A pessoa que atendia a Menina-moça fez uma visita e relatou em uma reunião as condições precárias em que se encontravam os abrigados. Envolvia-me um temor pelo horror das cenas que poderia ver. Receio e temor que não me protegeu de muita coisa. A decisão de me negar a ir “ver as cenas” não me privou de ficar afetada com os efeitos que aquela instituição produz. A conversa com este profissional estava cheia deles: adoecimento, desânimo, paralisação. No meio da conversa, a Menina-moça entrou na sala. Surpreendi-me com a presença dela. Afinal de contas, era a história dela que me levava até lá e ela comparece, no meio de uma conversa formal, descontraindo o ambiente. Cumprimentou-me, ficou olhando para meu brinco. Apresentou-se, perguntou meu nome, chamou-me de “*mitidinha*”. Saiu sendo retirada por uma cuidadora, que dizia: “*vamos, está na hora de tomar o remédio*”. A Menina-moça despediu-se dizendo que foi um prazer me conhecer.

Volto, então, para o tom sério da conversa com o profissional. Ele me conta do impacto que sofreu quando chegou para trabalhar nesse Abrigo. Sem experiência profissional com aquele público, deparou-se com uma realidade desvelada, como o menino que correu pelado para abraçá-lo chamando-o de “pai” no seu primeiro dia de trabalho na instituição. O choque foi grande e a resistência de ir para o trabalho ergueu-se. No longo caminho para chegar lá, tinha dores de barriga. Depois de anos trabalhando nesta instituição, diz ter desenvolvido a Síndrome de Burnout, uma doença relacionada ao estresse no ambiente de trabalho. Oferece-me um “cafezinho” e diz: “*tá vendo, um dos sintomas dessa síndrome é tomar cafezinho toda hora*”. Apesar do padecimento, o profissional conta as experiências inovadoras que implantou na instituição e que me pareceram saídas de ar para aquela realidade sufocante. Diz que começou a “promover cidadania”. Fazer capacitações com os trabalhadores. Fazer carteirinha de transporte para os abrigados. Falou da aventura de leva-los à praia. Fazer circular pela cidade.

Depois da conversa com o profissional, fui embora do Abrigo. No caminho de volta para casa, fui sentindo no corpo um cansaço e uma tensão na musculatura da nuca.

Pesava a atmosfera asilar retratada na fala daquele profissional. Fui pensando se é possível vida e saúde naquele lugar, tanto para os abrigados quanto para os trabalhadores, estes também institucionalizados. Alguns afetos ficaram levitando em mim durante alguns dias sem tomarem forma e nome. Paralisei um pouco a escrita, algo ficou em suspensão. Escrever para mim é uma via de dar passagem às afetações. Nesse caso, elas ficaram presas, tal como aqueles abrigados.

Sem entender exatamente os efeitos em mim daquele encontro no Abrigo, de uma coisa eu tinha certeza: eram efeitos do encontro com o Abrigo, o que este lugar ajuda a produzir. Que lugar é esse que provoca desânimo, cansaço, tensão? O que acontece nesse Abrigo? Com a fala desse profissional fica evidente que produz adoecimento para os trabalhadores. Quais são as práticas de cuidado exercidas com os abrigados? Vê-se que as iniciativas de sair do Abrigo são tímidas, como os passeios esporádicos, que ainda não representam uma saída das práticas institucionalizantes. Que práticas são essas que produzem efeitos doentios neste Abrigo? Para continuar mapeando, a história de Maria atravessa a história da Menina-moça e compõe a narrativa tecendo uma trama.

2.4.1 Maria veio das bandas de lá, do Contestado.

*Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta*

*Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

Mas é preciso ter manha

*É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida....*

(“Maria Maria”. Milton Nascimento e Fernando Brant. 1978).

Brandura e bravura. Maria, mulher negra, testa franzida, dedo indicador apontado, fala pausada e intermitente. “*É a dose mais forte e lenta*”. Com olhos fitos em mim e de sobrancelhas levantadas, estava ali a conversar, atendendo a um pedido feito de falar sobre sua experiência de trabalho no Abrigo. Conheci Maria das aulas que ministrava com uma colega, no meu estágio em docência. Maria sempre participava ativamente das discussões da matéria, que tinha como nome “Psicologia da Educação”. Em uma das aulas, Maria comentou que havia trabalhado no Abrigo. Quando disse a ela que conhecia a Menina-moça, ela deu um imenso sorriso e disse que algumas vezes ela foi responsável por levá-la ao Ambulatório. Pedi para continuarmos esse começo de conversa em outro dia. Falei sobre minha pesquisa de mestrado. Marcamos uma entrevista.

Pra re-começo de conversa, Maria anuncia que veio da Região de Contestado¹⁹, norte do Estado do Espírito Santo. Próxima à outra região chamada Ipê do Norte, onde existe o maior número de comunidades quilombolas. Fala da valentia daquele povo das “bandas de lá”, de uma mistura de índio com negro. Antes de falar sobre sua experiência no Abrigo, Maria esboça seu percurso por unidades de internação socioeducativas, onde lidou com adolescentes em conflito com a lei.

¹⁹ Contestado era uma área de 10 mil quilômetros quadrados no Norte do Estado do Espírito Santo que fazia divisa com o Estado de Minas Gerais. Os governos dos dois estados disputavam litigiosamente a região, o que ficou conhecido como Guerra do Contestado. O conflito durou entre as décadas de 1940 e 1960. Era uma região de produção de café e a extração de madeiras, o que atraía a disputa pela área. Também foi uma região que por muito tempo ficou marginalizada, longe da esfera de ação do governo do Estado. Era uma zona despolicada, com fronteiras indefinidas, o que atraía aventureiros e criminosos. (Fonte: <http://www.vozdabarra.com.br/relembrando-historias-sobre-o-contestado-minas-geraises>. Acesso em 23/06/2014). O sentido que vamos usar de “Contestado” neste trabalho, mais adiante, não se relaciona a uma disputa territorial e sim a uma postura de contestar modos instituídos de agir, no sentido de problematizar ações cristalizadas.

Durante a “conversa-entrevista” eu estranhava o encanto de Maria quando ela se referia ao “projeto da socioeducação”, dizendo que ela mesma precisou ser “socioeducada”. Interrogo o que seria passar por esse processo. Ela responde dando exemplos. E são vários durante a conversa. Diz que precisava entender aqueles meninos e acreditar no projeto da socioeducação. Acreditar que aquele menino cometeu um ato infracional, mas não será a vida toda um menino em conflito com a lei. Maria diz que é preciso apostar que sendo internado, o adolescente tem uma oportunidade de mudar, de não querer mais o “mundo da criminalidade” e que ele tem potencialidade para isso. Eu me inquietava. Sentia uma ponta de moralismo na fala de Maria. Era guiada pelos meus pensamentos: Será que ela realmente acredita que esse sistema de socioeducação recupera os jovens? Recuperar o que, do que? O que é esse “mundo da criminalidade” de onde esses “meninos” precisam ser retirados? Fazia essas indagações comigo mesma, aguardando a oportunidade de fazê-las à Maria.

Mais do que colocar minha opinião – nem tão formada assim – sobre esse sistema e, assim, contrapor-me a ela, interessava-me entender que encanto é esse presente na fala de Maria ao dizer sobre a socioeducação. Pergunto, então, como ela começou a admirar esse projeto. De onde vem essa admiração? Ela diz que a socioeducação é recente. Tempos antes, ela já era envolvida no trabalho com adolescentes, só que na rua. Em 1988, Maria entra para o “Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua” (MNMMR). Nesse Movimento, participou de capacitações, que gostou muito e onde aprendeu a olhar para o adolescente e para a criança como alguém com muitas possibilidades. Repete que é preciso apostar nessas possibilidades. *“Não é ter pena”*. Maria diz que certa vez escutou em algum lugar e guardou essa frase para ela. *“É ter compaixão, paixão junto”*. Porque pena implica deixar o outro naquela situação para sempre. Situação de ter alguém que sinta pena e que faça caridade por ele. Já a compaixão é estar junto e acreditar que tem possibilidades de mudanças. Nessas capacitações, Maria aprendeu sobre direitos humanos e sobre os direitos das crianças e dos adolescentes.

Entendi um pouco o encanto de Maria pela socioeducação. Não vinha exatamente com o projeto de socioeducação, que está fadado a falhar, não funcionar, pelo próprio sistema que o implanta. Mas vinha de uma luta mais ampla, de mais tempo, dos Meninos e

Meninas de Rua, movimento tão proeminente e que muito contribuiu para a formulação dos direitos das crianças e dos adolescentes. As capacitações promovidas por este Movimento parecem formar uma “*postura Contestado*” em Maria, que não está só na sua origem geográfica e familiar, mas nesse território maior que é a existência. Contestar o que está dado, a maneira institucionalizada de agir, o que se apresenta como natural. Essa também é a contribuição do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) para a laboriosa construção que foi do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECRIAD). Esse Movimento foi a mobilização popular mais marcante na área da infância e da juventude (RIZZINI, 1995 *apud* XAVIER, 2008) e reconhecia-se como um movimento social que contestava as diretrizes da Doutrina de Situação Irregular, consagrada pelo código de 1927, o Código de Menores²⁰. O MNMMR teve uma participação importante na elaboração do ECRIAD e contribui para o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e protagonistas de suas histórias²¹.

É importante colocar que o ECRIAD é uma das balizas da atual Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes, junto com: o Sistema Único de Saúde (SUS); a Reforma Psiquiátrica; as Conferências Nacionais de Saúde Mental, sobretudo a partir da Terceira Conferência; e a Lei nº 10.216, que trata sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (COUTO, 2012; BRASIL, 2005). O legado do ECRIAD está na inscrição jurídica e social de uma nova criança na formulação de políticas públicas dirigidas a ela, permitindo reconhecer aspectos fundamentais como a condição de sujeito, que pode falar da sua história e que é passível de sofrimento

²⁰ O Código de Menores é a primeira legislação para o público infanto-juvenil no Brasil. Em 1979, essa legislação passa pela reformulação de alguns artigos que eram questionados. No entanto, é esse Código que irá regular juridicamente a juventude brasileira até 1990, quando da promulgação do ECRIAD. O Código de Menores não estava para todos os “menores de 18 anos”. Segundo Scheinvar (2005), o Código era destinado a uma parcela do setor infanto-juvenil: os pobres que não tinham recursos para resolver seus problemas de forma individualizada e transgrediam as normas sociais, ou seja, aqueles que estavam em situação irregular. Uma discussão mais aprofundada sobre o assunto encontra-se em: SCHEIVAR, E. (2005). Avances y limites de la legislación en vigor para la infancia y la adolescencia en Brasil. Revista de Estudios Sobre Juventud, México, D.F., n. 22, p. 112-127. Disponível em: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/producoes.html>

²¹ Para saber mais sobre este Movimento, consultar: XAVIER, A. (2008). As ações, lutas, estratégias e desafios do Movimento de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente no Espírito Santo. Vitória: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas- Universidade Federal do Espírito Santo (CCJE-UFES), 167 p. Dissertação (Mestrado em Política Social). Disponível em: <http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Aracely%20Xavier.pdf>.

psíquico (COUTO, 2012). E, podemos dizer também como legado do ECRIAD essa “*postura Contestado*” que não está paralisada na “letra da lei” do Estatuto, mas está viva nos movimentos sociais, na lida diária com crianças e adolescentes. É essa postura que vemos ao acompanhar Maria em sua narrativa da experiência no Abrigo onde a Menina-moça se encontra institucionalizada. Maria contesta o jeito de cuidar das “meninas”, indicando práticas de cuidado que possam escapar das armadilhas da tutela e da infantilização.

2.4.2 Entre o dito e o feito, Maria arranja um jeito. O banho, o barulhinho, o brinquedo, as bonecas. E o canto...

A valentia de Maria, esboçada na sua face de cabocla e em seu cabelo preso em “rabo de cavalo”, parecia desmontar com sua entrada no Abrigo. Ela já tinha ouvido falar deste Abrigo e não gostava da ideia de trabalhar nesta instituição. “*Disposta a aprender*”, era essa a atitude em meio a tanto receio e medo. Maria repetia: “*Eu não sei*”, “*eu não sei*”... Essa frase repetitiva é ampliada quando ela chega ao Abrigo e depara-se com os cuidados dispensados aos abrigados. “*Eu não sei fazer desse jeito*”, “*eu não sei fazer desse jeito*”. Maria pronunciava essa frase, durante a nossa conversa, com as mãos no rosto, parecendo uma releitura do quadro *O Grito*, de Munch. Olhava para cima, parecia que re-via, ali naquela sala da Ufes²², as cenas que assistiu quando entrou no Abrigo. Uma lembrança viva, que beira o desespero. Que jeito é esse que Maria não sabia fazer? Que práticas de cuidado Maria via e se inquietava? No espaço entre dizer que não sabia fazer daquele jeito e fazer de forma diferente, Maria ficava espreitando com um olhar muito atento. Olhos e ouvidos afiados para sugar daquela realidade “nua e crua” uma possível intervenção. Realidade “nua” literalmente. Maria fala de uma menina que ficava sem roupas o dia inteiro. Entre o dito e o feito, Maria arranja um jeito.

²² A conversa-entrevista começou em uma das salas do PPGPSI e terminou em uma sala de atendimento de crianças do Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA), ambas localizam-se no Cemuni VI, o prédio do curso de Psicologia da UFES. Quando fomos para essa sala de atendimento, onde têm alguns brinquedos expostos, Maria disse: “*Aqui tá igual ao Abrigo*”. São crianças? São adultos? Essa indefinição paira sobre aquela instituição e interfere nos modos de ação, nas práticas de cuidado – como será visto adiante.

Ela foi ver como era o banho das meninas. Parecia um “*banho de elefante*”, assim ela caracteriza. Uma mangueira com um jato bem forte era jogado nas meninas que estavam dispostas lado a lado. Depois do jato de água, vinha uma escova para esfregar as vaginas enfileiradas. Maria repetia: “*Meu Deus, eu não consigo fazer desse jeito*”. Falava para sua colega de trabalho que não sabia fazer, mas que era para ela ir ensinando, pois estava disposta a aprender.

Ainda na “cena do banho”, Maria diz que certa vez pegou um menino do berçário para dar banho. Quando ela falou “berçário”, pensei que fosse um lugar onde ficassem os bebês. Surpreendi-me quando Maria disse que o tal menino que ela daria banho porque tinha evacuado na fralda, era um rapaz com mais de 18 anos. Berçário e fralda, indícios da infantilização daquelas pessoas. Maria pegou o rapaz, colocou-o debaixo do chuveiro e tirou as roupas dele. Quando iria tirar a fralda, ele virou-se, ficou de costas para Maria. Ela afastou-se. Pensou: “*ele está com vergonha, ele é tímido*”. Ao invés de arrancar a fralda dele e começar logo a tarefa de dar banho – como outros cuidadores fazem – Maria hesitou. Ela me dizia que havia percebido o limite que o rapaz estava traçando. Maria saiu do banheiro, ficou do lado de fora esperando. Ele tirou a fralda, chegou perto da porta do banheiro e olhou para Maria. Ela entendeu que seria a hora de entrar de novo e começar o banho. Assim ela fez. Maria compartilhou entre seus colegas essa experiência. Dizia a todos: “*Gente, ele tem vergonha, ele é tímido, já é um homem, tem vergonha que uma mulher estranha, desconhecida, tire a roupa dele*”. Maria continua na entrevista: “*Ele não é um objeto, e nem um bicho, é uma pessoa*”.

Maria continuava a estranhar o modo como aqueles homens e mulheres eram cuidados. Ela frisa que são rapazes e moças e não mais crianças. O que não significa que se fossem crianças mereceria ser infantilizadas, objetificadas, porque Maria fala que são pessoas e não objeto ou bicho. Maria enxergava aquelas pessoas para além dos seus atos repetidos. Conta de uma menina que ficava batendo a cabeça no portão o dia inteiro. Maria intrigou-se. Perguntou aos colegas de trabalho o porquê daquela atitude da menina. Todos diziam que era pirraça. Resposta que não convenceu Maria. Não seria pirraça porque ela não tem consciência de que pode pirraçar alguém, pelo menos a intenção não seria esta. Essa era a opinião de Maria. Assim, ela descobriu que a menina gosta é do barulho que o portão faz quando bate a cabeça. “*É o barulhinho gente!*”,

exclamava Maria como se tivesse achado um tesouro. E ela achou, mas talvez não tinha meios de fazê-lo render. Se for o barulho, então, talvez, possa se fazer barulho de outra maneira que não seja se machucando, dizia Maria. Mas a versão da pirraça prevalecia e nada se tentava.

Maria ia até o psicólogo do Abrigo. Parece que ele era com quem Maria ia desabafar suas inquietações, suas contestações com o que via. Esse psicólogo foi quem explicou para Maria o que aquelas pessoas tinham. Explicação advinda da curiosidade de Maria. Explicou que todos ali têm transtorno mental, alguns têm uma deficiência intelectual. Pareceu-me que a explicação psicológica ajudou a Maria sanar parte de sua curiosidade. Mas não toda! Continuava experimentando na prática de cuidar daquelas pessoas, um jeito mais digno e humanizado. Maria no “não saber fazer daquele jeito”, arriscava outros modos de fazer. Sempre atenta ao que aquelas moças e rapazes pediam, falavam, diziam. Como o menino de fralda que olhou Maria da porta do banheiro e ela entendeu que era o momento de entrar. Como o “barulhinho” e não com a “pirraça” da menina que batia a cabeça no portão. Continuava sua cartografia pelo Abrigo.

Notou que um “senhorzinho”, que está no Abrigo desde muito novo, ficava muito feliz com um simples brinquedo. Uma lata dessas de doce amarrada em um barbante. Ele ficava o dia inteiro balançando essa lata com a cordinha. Ria, regozijava-se. Maria pensava: *“se diverte com tão pouco”*. Maria passou a fazer as latas com barbante para ele. Passou a pedir aos comerciantes da região para guardarem as latinhas que ela passaria pegando. Maria depositava as latas em um armário. Algumas pessoas quebravam o brinquedo do “senhorzinho”. Maria fazia outro. Refazia o trabalho, fazia de novo, um novo brinquedo. Maria dizia para mim, na conversa, que a vida já tirou muita coisa daquelas pessoas, é incabível continuar retirando o que elas gostam, seja um brinquedo caseiro, seja sua dignidade de pessoa.

Chegou o dia que Maria ficou sozinha com as “meninas do Abrigo”. Sua companheira de trabalho não pôde ir. Maria pensava: *“Meu Deus, como vou fazer para segurar essas meninas aqui até a hora do almoço?”*. Maria diz que a rotina delas, basicamente, é comer e dormir. Tinha a menina que não vestia roupa. Tinha a menina que ficava batendo a cabeça no portão. Tinha a menina que ficava andando o dia todo com uma boneca e não deixava ninguém encostar nela. Tinha a menina que brigava, batia nas

outras meninas. E Maria ali no meio, também uma menina que observava atenta como poderia entrar naquela brincadeira, como se aproximar daquele mundo de fantasias e delírios. Maria senta-se no chão do corredor e começa a cantar cantigas. Pensa: *“elas são adultas, mas tem a mentalidade de crianças e crianças gostam de cantar”*. Aos poucos, as meninas começam a sentar ao lado de Maria, a trazerem suas bonecas, a brincarem e cantarem. Uma menina diz: *“me dá uma xuxa”*, apontando para o cabelo da boneca. Maria não só providencia o acessório para amarrar o cabelo da boneca como passa a fabricar as roupas das bonecas. A menina que não deixava ninguém encostar em sua boneca, oferece à Maria. Não ficavam só sentadas no chão. Maria passou a pegá-las pelo braço e caminhar pelo corredor. Andavam para lá e para cá, segurando nos braços uma das outras e *cantando...*

Em um estreito tempo cronológico e intenso tempo experimentado em dois meses, parece que Maria dedicou especial atenção a essas “meninas”. Uma delas é a Menina-moça. Vida de Maria atravessando a vida da Menina-moça. Duas mulheres negras, com histórias e estórias bem instigantes. Ainda são memórias frescas para mim, o tom da fala e as estórias contadas por Maria, não só na entrevista, mas em sala de aula, onde eu fazia estágio em docência. Maria que sempre com opiniões fortes e bem formadas, amoleceu-se em lágrimas ao ver um filme exibido em sala, que retratava a realidade de um colégio interno para cegos na Itália²³. Ela disse que o filme lhe fez lembrar da sua experiência no Abrigo. Tenho também como lembrança a imagem da Menina-moça chegando ao ambulatório: cumprimentava a todos, com uma voz grossa e firme e um rosto tímido, cabeça baixa. Vinha enfeitada de brincos e pulseiras de miçangas, junto com um batom colorindo os lábios. De cabelo sempre “baixinho”, estilo “homenzinho”. Enfeitava-se e exalava sedução, principalmente nas cartas que fazia nas sessões com a estagiária de Psicologia. Aroma de mulher que furava a totalidade da instituição, onde a regra é que todas as meninas usem o cabelo curto.

²³ O nome do filme é “Vermelho como céu”, direção de Cristiano Bortone, lançado em 2006. O filme narra a história de um garoto italiano de dez anos, Mirco, que é apaixonado por cinema e que perde a visão após um acidente. Ele é enviado para um instituto de cegos, em Gênova, onde descobre um velho gravador e passa a criar histórias sonoras junto com os outros meninos e com a filha de uma trabalhadora do instituto. Baseado na história real de Mirco Mencacci, um renomado editor de som da indústria cinematográfica italiana.

Maria me diz que essa regra se justifica pelo fato de que algumas meninas não deixam cuidar de seus cabelos. Maria conta que proibiu a máquina zero no cabelo das meninas. Só poderia cortar no pente número um ou dois. Meninas como a Menina-moça, Maria combinou de levar até um salão para cuidar do cabelo. Maria fala: “*elas não são doidas para ficar com cabelo raspado*”. Tentava resgatar da condição de bicho, de objeto. Um pouco de feminilidade. “*Uma mulher que merece viver e amar como outra qualquer do planeta*”.

A imagem de Maria com as meninas, entre elas a Menina-moça, cantando pelos corredores do Abrigo fez-me lembrar do conto feito por Guimarães Rosa: “*Sorôco, sua mãe, sua filha*” (Anexo A). A estória narra o embarque de duas mulheres (mãe e filha do Sr Sorôco) em um vagão de trem, “*não era um vagão comum de passageiros*”, “*O trem do sertão passava às 12h45m.*” (ROSA, 2005, p.61). Guimarães Rosa retrata uma política criada pelo poder público de retirar os loucos de circulação e enviá-los para os asilos, para os manicômios. Prática recorrente em várias cidades do Brasil, na Primeira República (JABERT, 2001). O conto de Guimarães mostra “*a prática do acontecer das coisas*” (ROSA, 2005, p.61). As pessoas reunidas na estação de trem, o burburinho, o movimento, a tristeza, a admiração do trem, o Agente da estação, a espera por Sorôco e as duas mulheres.

A intervenção artística que Guimarães faz nessa cena tão comum nas cidades brasileiras, nos idos da Primeira República, é confundir e misturar aquilo que se tentava separar e segregar. Ali, as malucas e transtornadas eram a mãe e a filha de Sorôco, junto com outras “*figuras da cidade*” que também embarcavam para longe. Sorôco não aguentava mais cuidar das duas, e precisou de ajuda. “*Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências, de mercê. Quem pagava tudo era o Governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir as duas, em hospícios. O se seguir.*” (ROSA, 2005, p.63). Há uma divisão: os que ficam e os que vão. Mas, na cena do embarque, a cantiga que a “*moça*” (filha de Sorôco) entoa, vai, aos poucos, embalando as pessoas que ali estão. O “*canto sem razão*” mistura-se ao de tristeza de Sorôco e ao de compadecimento das pessoas por ele. Um canto de “*constado de enormes diversidades desta vida*” (ROSA, 2005, p. 63). Um canto que subverte a divisão entre loucos e sãos, pois todos entram na canção.

No conto de Guimarães, o canto evidencia a loucura humana de existir, o que desmonta a operação de divisão que faz surgir o “doente mental” e a prática de segregação e reclusão. Mas na estória, a filha e a mãe de Sorôco (e outros da cidade) continuam no trem que vai para o hospício. Nos corredores do Abrigo, Maria e as meninas cantam cantigas de crianças. Nesse momento, quem é a cuidadora e quem são as cuidadas? A brincadeira de cantar envolve todas em uma atividade humana onde, por um tempo, a divisão entre anormalidade e loucura vai pelos ares, tal como o som das cantigas atravessam as grades do Abrigo. No entanto, elas continuam no Abrigo. Maria não trabalha mais lá. Mas, a Menina-moça ainda reside naquela instituição. O que ainda é preciso superar para que essas meninas, moças, mulheres continuem cantando só que fora das grades? O que ainda faz com que meninos e meninas com “problemas mentais” fiquem trancafiados por longo período em instituições asilares? O que a Reforma Psiquiátrica tem de enfrentar para superar as práticas institucionalizantes no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil?

2.5 O que a Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar no campo da infância e adolescência? Os pedidos de saída da Menina-moça.

Com a montagem do caso pela narrativa dos percursos institucionais da Menina-moça e das pessoas que atravessaram sua vida – como Maria – delineamos e analisamos algumas práticas de cuidado efetuadas no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. As práticas presentes nesta narrativa nos remetem aos cuidados institucionalizantes com esse público, que denominamos como “práticas asilares” que desembocam não só no Abrigo, mas coemerge com tantas outras práticas: medicalização do cuidado (doses altas de medicação para os abrigados, a contenção medicamentosa no pronto socorro psiquiátrico); o pedido de normalização ao ambulatório de saúde mental; a infantilização no Abrigo (o berçário); a homogeneização (o banho das meninas, os cabelos curtos); a naturalização da pobreza como incapacidade de cuidar (o “higienismo maternal”.); a longa permanência no Abrigo, o que faz com que crianças e adolescentes

se tornem adultos dentro da instituição; a escassez de uma rede de cuidado articulada e que evite o “*inevitável caminho*” do abrigo.

Essas são as práticas que contornamos e analisamos com a narrativa do caso da Menina-moça. Fica a tarefa de continuar identificando e colocando em análise outras possíveis “práticas asilares”. Práticas estas que segregam, excluem do convívio na cidade, retiram de circulação, rotulam e homogeneizam. As práticas asilares atuam no sentido de diminuir as forças de singularização que cada menino e menina e todos os meninos e meninas impõem ao sistema de cuidado. Tais forças forçam pequenas invenções e estão do lado também dos trabalhadores que se esforçam em criar práticas de cuidado mais humanizadas e inventivas. Trata-se de uma postura em campo que não se coaduna com a naturalização das práticas asilares. Uma “*postura Contestado*” como a de Maria, figura que, de um certo modo, problematiza/contesta essas práticas, coloca algumas questões para esse “jeito de fazer”. Maria, aqui, não é a valente guerreira, a supermulher que contesta e que arranja jeitos de “se virar”. Ela representa uma postura, um *ethos*, de não naturalização com o já dado. Falar de Maria pode parecer que essa “*postura Contestado*” é dom de uma pessoa, uma habilidade individual. Escapamos dessa armadilha quando dissemos que Maria foi formada por um movimento social e pela lida com crianças e adolescentes em sua trajetória de militância. Dissemos assim, que é uma luta feita por muitos, de vários jeitos, de diferentes lugares.

Entendemos também, junto com Amarante (2003), que o “processo social complexo” de luta por uma mudança paradigmática nos cuidados com as pessoas com “transtornos mentais”, denominado “Reforma Psiquiátrica” aglutina transformações nas práticas de produção de conhecimento, nas práticas técnico-assistenciais, nas práticas jurídicas e socioculturais. Transformações que visam ultrapassar o mero “reformismo” e instaurar um novo modo de lidar com a loucura. Afirmamos que, no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil, o processo da Reforma Psiquiátrica tem a enfrentar as práticas asilares analisadas com a montagem do caso da Menina-moça. São os seus pedidos de saída que nos apontam os *lugares* dos quais é preciso escapar para que outras políticas possam ser traçadas.

A Menina-moça, nos mostra com sua história (que é história de diferentes meninas e meninos) uma carreira institucional marcada pelo abrigo e por uma trama de

saber-poder psiquiátrico que engloba práticas de medicalização da infância, pedidos de normalização e respostas de confinamento e exclusão. É desse lugar que se quer sair quando se direciona os cuidados com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental. Para Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2010), o Estado brasileiro hoje implementa uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil no sentido de vencer uma lacuna assistencial histórica em que o próprio Estado delegava às instituições filantrópicas ou associações de pais e familiares os cuidados com crianças e adolescentes com alguma demanda em saúde mental.

“Além disso, a atual Política busca superar a prática institucionalizante, também histórica, calcada numa lógica higienista e num ideário de proteção que reforçaram o quadro de abandono e exclusão ao qual ficaram submetidas milhares de crianças e adolescentes reclusos no interior de abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos em todo o país”. (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, p. 33, 2010).

Os autores ainda afirmam que é impossível a superação da “cultura da institucionalização” sem a efetiva formação de redes no território. “Isso implica a implantação propriamente dita dos serviços, mas, para além disso, a articulação entre eles, na construção de estratégias de cuidado partilhado.” (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, p. 43, 2010). Nesse sentido, uma orientação estatal faz-se importante para balizar publicamente os princípios e diretrizes de cuidado. Não se trata de uma questão particular de um setor específico e nem de uma parcela da sociedade, mas de um empreendimento coletivo no esforço de superar as práticas asilares. Trata-se, sobretudo, da construção de um *ethos* que faça frente aos pedidos de saída da Menina-moça.

“Discutir nas Conferências Municipais ou Federais, lutar com (ou contra, quando preciso) a gestão pública, publicar portarias que regulamentem a assistência, fazer valer a diferença que a criança coloca à assistência, enfim, operar no plano macropolítico de sua organização também são tarefas essenciais. Mas somente encontram seu destino ético quando repercutem na vida de uma criança concreta, que pode servir-se de um CERSAMI²⁴ e interromper, antes mesmo de iniciar, sua carreira de exilado da escola,

²⁴ Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil, em Minas Gerais, Brasil.

psicologizado e medicado pelo saber psi, e internado em um pátio que o cronifica, institucionaliza e exclui”. (GUERRA, 2003, p. 188)

A política de assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil visa construir estratégias de em uma rede de cuidados que ultrapasse a secular lógica manicomial e as práticas ortopédico-morais (BRASIL, 2005). Trata-se de reescrever a história da assistência a partir de princípios éticos e políticos que ganham sentido quando colocados para funcionar na concretude da experiência com meninos e meninas, no cotidiano dos serviços, na invenção de práticas de cuidado com crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental.

3 Um Menino que é fácil esquecer. Co-memorar o trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).

3.1 Às voltas com o CAPSi.

“E é assim, entre a sensação do medo do desconhecido, entre a sensação do prazer, do mal estar, do bem querer, entre os planos pessoais, sonhos e problemas e entre aquele velho espaço entre a autocrítica e sentimento do “dever cumprido” que cada um de nós volta ao CAPSi todos os dias. Pra dizer a verdade, só pra ser melhor do que foi ontem”.

(Thiago E. Rodrigues – Enfermeiro do Capsi de Vitória/ES).

“*Voltar não deixa de ser um modo de ir*”. Recebo, por email, essa frase de um poema escrito por uma amiga psicóloga. Conecto essas palavras às de um enfermeiro ao dizer das voltas diárias ao CAPSi de Vitória/ES, seu local de trabalho. “(...) *só pra ser melhor do que foi ontem*” denota a esses retornos “*um modo de ir*”. Não se trata de uma repetição mecânica. Voltar pode ser inventar. E voltar ao CAPSi é mais do que retornar a um serviço. É voltar para um dispositivo que se pretende inovador dentro da história das práticas de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil.

O CAPS cumpre a função de “coordenador da rede” (Portaria MS 336/2002). Função que ultrapassa a organização da demanda e aponta para um trabalho de produção de outros lugares e outras relações com a loucura na cidade. Voltar ao CAPSi todos os dias – como está poetizado no trecho que abre este capítulo - não remete somente ao espaço físico, mas estar às voltas com questões relativas a uma política que se deseja pública no campo da Saúde Mental com crianças e adolescentes. Para cartografar as práticas de cuidado neste campo é que passamos a montar/desmontar o caso de um “Menino que é fácil esquecer” e chamar atenção para a memória (co-memória) de um trabalho feito por muitos, os operadores do cuidado, balizados por uma lógica, a atenção psicossocial.

O CAPSi como dispositivo criado com o “processo social complexo” da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2003) tem como tarefa a superação do paradigma psiquiátrico, orientando-se pelos marcos éticos de um “Modo Psicossocial” (ROSA; LUZIO;

YASUI, 2003). Quais são as práticas que produzem esse “Modo Psicossocial”? Que *lugar* é esse que se denominou como Centro de Atenção Psicossocial? Mais uma vez, dentro deste trabalho, remetemos ao *lugar das práticas* para mapearmos o que tem sido produzido como políticas/ações de cuidado.

Com o caso montado em uma roda de conversa com os “operadores do cuidado” do CAPSi de Vitória/ES, vemos a co-emergência das práticas que produzem um “Autismo” e como a equipe está *às voltas* com as questões que daí surgem. Tais práticas orientam-se por uma “política dos espacialismos”²⁵ que diminui o sentido público das políticas e os meios singulares de cuidado com cada menino e menina chamados de autistas. O CAPSi ao inventar práticas de cuidado, faz frente a uma história em que esses meninos e meninas estavam trancafiados em casa ou em grandes abrigos, quando não estavam “perambulando” entre serviços. No caso montado, a intervenção de afirmar *um lugar* para o Menino e, assim, impedir uma internação que poderia tornar-se uma institucionalização, faz parte da construção de outra história da Saúde Mental Infanto-juvenil.

3.2 Um terreno sendo preparado.

Volto ao CAPSi para um encontro intitulado por uma das profissionais da equipe como “contação de causos”. Alguém até sugeriu que poderia ter uma viola para acompanhar. Volto a partir de uma proposta aceita por esta equipe de narrar algum caso acompanhado pelo dispositivo. A proposta tinha sido feita em uma reunião de equipe, quando levei uma carta que apresentava a pesquisa e alguns objetivos:

O interesse em um “caso” acompanhado pelo CAPSi é para dar visibilidade às práticas de cuidado no campo da Atenção Psicossocial, já que este dispositivo encarna o modo psicossocial neste campo. A narrativa do “caso” pretende evidenciar não somente a história pessoal de um indivíduo, mas também os trajetos que faz pela cidade, pelos dispositivos, as interlocuções institucionais, como foi que a equipe lidou (ou lida) com o caso, os desafios,

²⁵ Este termo foi criado a partir da junção das palavras “espaços” e “especialismos” para chamar atenção para o que comparece junto aos saberes especialistas no acompanhamento das pessoas chamadas autistas, que são as instituições como espaços físicos destinados ao tratamento de tais pessoas.

as conquistas. (Trecho da carta “Ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Vitória – ES”, 12/08/2013).

Feita a proposta nesta reunião, as pessoas começaram a colocar alguns casos. Tem a “fulana”, tem a “sicrana”, tem o “beltrano” também. Tentavam escolher um “*melhor caso*” para ser publicado um trabalho sobre a Atenção Psicossocial, como bem frisou uma profissional que assim entendeu a pesquisa. Até que alguém questionou: “*tem que ser só um?*”. Boa intervenção, pensei. Senti que ali poderia mudar o rumo da proposta e seria interessante acolher este desvio que o próprio campo de pesquisa colocava. Afirmei a mudança de rota dizendo que poderia ser mais de um caso e aí poderíamos, então, dizer do caso “equipe CAPSi”. Dessa maneira, muito mais que dizer da vida de um usuário, era importante que se frisasse como a equipe lidou, o que ficou de desafio, de impasse e de conquista. Esse era o sentido maior que a conversa ia tomando. Saio de lá com esse combinado, mas avisada para mim mesma que, voltando na data que marcamos, os caminhos poderiam ser outros. Seria outro momento e outras pessoas iriam compor aquele grupo.

Volto ao CAPSi, quase um mês depois, para realizar a proposta. Chego lá e me surpreendo com uma mesa no centro da recepção, lugar que naquele dia servia como sala de reunião. Vieram duas mulheres e forraram a mesa com uma toalha branca. Veio outra e colocou um bolo. Mais uma, desta vez com a bandeja de café. Assim, por mãos diferentes, foram chegando os biscoitos, os sucos, mais bolos. Digo à coordenadora do CAPSi que se eu soubesse da partilha teria levado alguma coisa. Ela diz que também não sabia. Aquele clima de mesa farta e os preparativos em torno dela acompanhados de conversas descontraídas e brincadeiras envolvia um clima que contribuía para uma atmosfera de “*contação de causos*”. Relaxe um pouco, eu que estava apreensiva e preocupada principalmente em como iria “gravar” aquele encontro, se conseguiria continuar em uma aposta metodológica²⁶. Fui entrando naquele clima, comecei a

²⁶ A aposta metodológica era - muito inspirada nas leituras sobre “narrativas”, na oralidade que constitui essa tradição - de que eu estaria nos encontros da pesquisa sem gravador, sem anotações, apenas com os ouvidos atentos e o corpo disponível para as interferências. Na semana anterior da realização da proposta no CAPSi, fui questionada em um Seminário de Pesquisa do Mestrado sobre o método que usava de não gravar e transcrever as entrevistas e os encontros. Questionavam: *Como você consegue? Pode fazer assim?* Questionamentos que me colocaram a pensar. Naquele momento, dizia que eu estava tentando produzir a pesquisa tal como os contadores e “ouvidores” de histórias que não usam de gravadores. Eles

conversar com um, a brincar com outro, preparando um terreno, principalmente para mim mesma.

3.3 Montando e desmontando o Menino que é fácil esquecer.

Acabado o tempo de comer, começamos a atividade. Retomei a proposta, que para alguns era inédita, e pedi que cada um se apresentasse. Nessa apresentação, alguns disseram o tempo em que trabalham no CAPSi. Tempo que variava desde a fundação, há seis anos, passando por pessoas que estão há alguns meses. Depois das apresentações, lancei a pergunta: *“e aí, vamos começar por qual caso?”*. Silêncio. Os olhares se entreviram. Aquele falatório da refeição interrompeu-se. E uma profissional tomou a palavra: *“Vou começar... olha, vou falar de um caso que é um trauma pra mim... é de um menino autista, talvez seja por isso. Precisamos falar mais de Autismo.”* Outra profissional se pronuncia, quase que interrompendo: *“O Autismo é um tabu... talvez não seja esse caso que ela quer... eu já falei que a gente tem que estudar mais sobre o Autismo... tem que ler aquela brochura...esse caso não teve avanço nenhum...”*. Peço para eles contarem mais do Menino que já entrou na roda antes que ele saia mudo, ou melhor, sem ser falado. Outro profissional questionou: *“depende do que você entende como avanço”*. Insisto que eles digam como esse Menino chegou ao CAPSi. Este profissional que interpelou o questionamento começou a contar e a montar o caso e outras pessoas foram entrando na narrativa, contribuindo nesta montagem.

O Menino é atendido e acompanhado há seis anos pelo CAPSi, tempo de existência do serviço. Órfão de pai e mãe, ele ficou perambulando na família esperando que alguém assumisse o papel de cuidá-lo. Uma pensão deixada pelo pai fez atrair a atenção de alguns familiares e até que um irmão “tomou a guarda” dele. Esse irmão às vezes não contribui com o tratamento, segundo a equipe. Chegaram algumas denúncias de maus tratos e de negligência com a notícia de que o Menino estava sendo acorrentado em casa. *“Como abordar esse irmão sobre isso que não seja da mesma forma que a Justiça?”*, coloca uma profissional muito atenta a uma demarcação que diferenciase a

escutam e depois transmitem. Essa transmissão, no caso da dissertação, é feita pela escrita e é disparada por uma memória afetiva (ao mesmo tempo em que a escrita compõe essa memória), mais do que um registro de uma memória arquivada. Em outro capítulo da dissertação será discutido sobre essa aposta metodológica. Por enquanto, fica a questão: *O que é fazer pesquisa sem gravar e transcrever?*

abordagem psicossocial de um tratamento judicial. Outra profissional fala que o irmão negava essas denúncias, o que dificultava tratar do assunto e fazer alguma intervenção.

O Menino chegava ao CAPSi com marcas no rosto que parecia de grade. A profissional que relata diz sentir muita “*angústia*” ao ver aquelas marcas, subentender que são do confinamento em casa.

Chega ao CAPSi um documento do Juizado de Infância, que pretendia adotar a medida de internar o Menino em um abrigo específico para deficientes que pertence ao Sistema Socioeducativo, a Unidade de Atendimento ao Deficiente (UNAED)²⁷. O CAPSi respondeu ao ofício da Justiça dizendo que o Menino já estava sendo acompanhado e que não seria interessante a sua institucionalização em um abrigo. O “*lugar dele é no CAPSi*”, afirma o profissional que começou a contar sobre o Menino e que acrescenta: “*Não é só um projeto terapêutico, é um projeto de vida. Ir para a UNAED é acabar com a vida*”.

Pontuo que essa resposta foi uma importante intervenção da equipe neste caso. Um ato de cuidado. Afirmar que o lugar do Menino seria no CAPSi e não no abrigo foi tirá-lo das amarras da institucionalização e dos efeitos de um abrigamento²⁸. Um lugar para ele seria o CAPSi. A defesa de um lugar, nesse caso, é uma estratégia clínica. Ir para a UNAED ou ficar “perambulando na família” não repercutem efeitos de singularização, não sendo um “projeto de vida”. O CAPSi intervém afirmando *um lugar*. Que lugar é este?

Mais uma vez, apontamos o “lugar” não como o “serviço” ou a “organização”. Apesar de que o aparato institucional instaura um modo de cuidar, como o abrigo que coloca a institucionalização e como o CAPSi que se orienta pela Atenção Psicossocial.

²⁷ A Unidade de Atendimento ao Deficiente (UNAED) é administrada pelo Instituto de Atendimento Sócio-Educativo do Espírito Santo (IASSES) e abriga crianças e adolescentes deficientes e com transtorno mental, encaminhados por meio das Varas de Infância e Juventude do estado do Espírito Santo. Em uma consulta ao site do IASSES, não foi encontrado nenhuma referência a esta unidade de atendimento. Na relação das Unidades Gerenciais, a UNAED não está elencada. - <http://www.iases.es.gov.br/default.asp>, consulta em 26/06/2013. No site do Governo do Estado, há uma notícia do dia 13 de setembro de 2012 intitulada: “Iases apresenta projeto de descentralização referente à Unidade de Atendimento ao Deficiente”. A informação é de que o IASSES, por meio de parceria com ONGs, está encaminhando os abrigados para “residências inclusivas”, mas 21 abrigados ainda estão na UNAED. (<http://www.es.gov.br/Noticias/153888/iases-apresenta-projeto-de-descentralizacao-referente-a-unidade-de-atendimento-ao-deficiente.htm> - Acesso em 26/06/2013).

²⁸ Discussão feita no capítulo anterior.

Sobretudo, apontamos para o *lugar das práticas*. Esse sim é o ponto de partida para as análises, tal como proposto por Foucault (2003). “Trata-se de fazer a análise de um “regime de práticas” – as práticas sendo consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT, 2003, p. 338). Estando no CAPSi, o que acontece com o Menino e com a equipe que dele cuida? Como esse Menino foi lembrado naquela roda de conversa? O que dá suporte para dizer que ele é um “Menino autista”? Quais práticas produzem o Autismo? Como é produzida a chamada Atenção Psicossocial, que é referência para nomear um trabalho?

O Menino era descrito como uma figura que “*impactava*”. “*Quando chegou aqui, a gente não sabia o que fazer com ele, a gente foi tentando*”, dizia uma profissional. Ele evacuava e passava as fezes nas paredes do CAPSi. Tomava água da privada. Não falava, só balbuciava. Vinha sujo. Era preciso fazer a higiene dele. Nas tentativas de saber o que fazer com ele, foram interagindo, descobrindo o que ele gosta.

“*O Menino é um paciente fácil de esquecer*”, afirmou um profissional. Este explica a sua afirmação dizendo que o menino está sempre quieto em um canto e na maioria das vezes, está sujo. Diferente de outros pacientes que falam, procuram pelos profissionais, abraçam, fazem pedidos, chamam atenção. “*Não há investimento profissional nele*”. Uma fala que oferece ao esquecimento um sentido de não investimento. Outra profissional questiona dizendo que o Menino era “fácil de esquecer” porque a porta que dá acesso à parte interna do CAPSi ficava fechada para que ele não fosse para a cozinha mexer nas coisas e pegar alimentos. Depois que a porta foi aberta e ele passou a circular mais pela casa, foi possível interagir mais com o Menino, pedindo que ele tentasse falar o que queria e não somente apontasse com o dedo. Assim foi com a água, na tentativa de ensiná-lo a pedir ao invés de beber na pia ou na privada do banheiro.

Mesmo tendo uma maior circulação pelo espaço do CAPSi, o Menino prefere ficar parado perto da grade de uma janela, em um canto de parede. Uma profissional diz que esse lugar que ele fica parece com o “*cubículo*” onde passa a maior parte do tempo em sua casa. Essa profissional faz a comparação por ter feito uma visita domiciliar e ter notado um espaço diferenciado na casa que é onde o Menino ficava. A profissional, em um diálogo com a Unidade de Saúde (US) do bairro onde o Menino mora, pediu que a

equipe da US acompanhasse mais de perto a família dele, indicando uma tentativa de interlocução institucional, no sentido de ampliar a rede de cuidados.

Outra profissional falou dos momentos de carinho que o Menino tinha, como da vez em que entrou no grupo de familiares e saiu abraçando algumas pessoas. Depois, descobriram que as mulheres que ele abraçou tinham uma aparência semelhante à de sua mãe. Veio à lembrança de outra profissional um dia em que a atividade coletiva estava sem pacientes, ela e uma colega de trabalho estavam sentadas junto à mesa e o Menino aproximou-se e sentou-se também. A profissional que relatava, junto com a colega que compôs a cena, falavam da surpresa em vê-lo fazer aquilo. Em outros momentos, tentou-se que ele participasse das atividades coletivas, que ele ficasse junto à mesa, mas ele preferia ficar andando. Aproveitando aquele momento raro e precioso, as profissionais começaram a conversar com o Menino. Faziam perguntas e ele fazia barulhos com a voz e expressões com o rosto. As profissionais pediram num gesto de urgência para outros colegas: *“pega o prontuário dele!”*. Com o prontuário em mãos, verificavam os nomes dos familiares e conhecidos e foram falando para o Menino, perguntando por sua mãe e pelo seu pai, já falecidos.

Outro momento de surpresa e alegria foi o dia em que o Menino entrou na piscina. Relembra e relatam esse dia como uma grande conquista. A equipe tinha tentado algumas vezes fazê-lo entrar na piscina, mas diante de sua recusa, passou a achar que ele tinha medo da água.

Aquele Menino que até agora foi apresentado como de “fácil esquecimento” e que não teve “avanço”, foi sendo mesclado com cenas de conquistas, como o diálogo junto à mesa na atividade coletiva e a entrada na piscina. Cenas também de investimentos como abrir a porta para que o Menino circulasse mais pelo espaço e como a tentativa de circulação do Menino numa rede de atenção a partir do diálogo com a Unidade de Saúde. Assim a equipe apontava essas ações.

A discussão em torno do caso de um “Menino que é fácil esquecer” fez lembrar questões que portavam uma amplitude de debate e que apontavam para as políticas atuais com crianças e adolescentes na Saúde Mental. Partindo da história de um caso, que foi “traumático” para uma profissional e que é um “tabu” para outra, foi possível

falar das práticas de cuidado empreendidas pela equipe do CAPSi de Vitória/ES. Práticas que tem um enquadre de uma política da Atenção Psicossocial, citada em vários momentos na roda de conversa. Política essa que instaura uma postura ética no campo e que é tensionada pela clínica, com seus atravessamentos de angústias e sentimentos de não avanço, falas que compareceram naquela roda.

Com o caso também foi possível remeter às políticas em âmbito nacional direcionadas por cartilhas e editais. Uma “política de espacialismos” para tratamento de autistas, que demarca um lugar específico e exclusivo para o cuidado com esse público, ao mesmo tempo em que produz o “público alvo”. Práticas que produzem o Autismo. Além disso, tal política (a dos “espacialismos”) vai de encontro ao que consideramos como construção de políticas públicas. Esse caso também trouxe à baila o próprio trabalho do CAPSi, colocando em questão a sua função na rede de Atenção Psicossocial. Trabalho este que demanda um registro para ser visibilizado e afirmado enquanto construção diária de uma política que seja pública.

3.4 Política dos “espacialismos” – espaços de especialismos.

A discussão que montava aquele Menino trouxe um tema importante de ser problematizado no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. Delineamos tal problemática como a “política dos espacialismos”, espaços de especialismos. Refere-se a uma política em que a direção do cuidado é no sentido das instituições especializadas para autistas. A problematização de tal direcionamento faz-se importante por ser uma política que não se coaduna com a proposta “psicossocial” e do que apostamos que seja política pública.

Um profissional que estava na roda, fala que há uma confusão para “*esse tipo de paciente*” como o Menino. Ele se coloca dizendo que, no CAPSi, não é professor, por isso não ensina, sendo que para tal atividade precisa das “*instituições especializadas*”. Não concorda com o fechamento de locais como a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Continua dizendo: “*Tem a parte de educar, ensinar e tem o que o CAPSi faz*”. Entrei na pequena pausa de sua fala e perguntei: “*E o que o CAPSi faz?*”. Ele começou a elencar algumas ações a partir do caso do Menino: Fez um mapa

familiar; uma abordagem psicossocial; levou-o para lugares onde talvez nunca pudesse ir se não fosse pelo CAPSi; fez coisas que talvez não teria feito se não fosse no CAPSi, como entrar na piscina. Esse mesmo profissional fala do risco com “*esse tipo de paciente*” de ficar por muito tempo no serviço. Um receio de sua institucionalização, de que o CAPSi seja *o lugar* e não *um lugar*. Ao mesmo tempo em que critica essa prática, afirma que o Menino tem que ficar lá o tempo que for necessário. Continua dizendo que se precisasse de “*quinze anos*”, um número hipotético, para ele conseguir ver algum efeito do seu trabalho, que esse seja o tempo despendido.

A fala desse profissional suscitou alguns pontos problemáticos (no sentido que problematizam o campo) e fez circular esse assunto naquele grupo, que parecia não ter sido falado abertamente até então. Tomo essa fala no sentido de abertura da questão, momento em que não é mais uma fala pessoal. O Menino que era adjetivado como “autista” passa por uma tipologia - “*esse tipo de paciente*”. Acompanhamos o surgimento do “*autismo*” junto com a “*instituição especializada*”. Da narrativa que falava das peripécias do Menino no CAPSi (uma singularidade), passamos a equipar a fala com uma tipologia, “o Autismo” (uma categoria), que toma ares de nome próprio, de inicial maiúscula, de entidade separada das práticas que o produz.

Na roda, foi formulada uma crítica em relação à gestão municipal que faz o pedido de que o CAPSi diga como o serviço trabalha com o Autismo²⁹, ao mesmo tempo em que coloca que ao CAPSi serão encaminhados pacientes autistas que estão na lista de espera da APAE. A equipe, ao falar sobre esse encaminhamento de autistas da APAE, se mobiliza. Várias pessoas falam ao mesmo tempo. Comparece uma agitação. Um diz: “*o que a gente faz?*”. Outro coloca: “*como vamos acolher todos esses autistas?*”. Falam de uma política do município que coloca o Autismo para ser acompanhado pelo CAPSi

²⁹ Em um grupo de estudos que funciona quinzenalmente no CAPSi de Vitória/ES, foi discutido esse capítulo da dissertação. Os participantes desse grupo, nesse ponto do texto, chamaram atenção para a interrogação sobre a quem o CAPSi deve dizer como trabalha com o “Autismo”. São vários “quens” interessados em saber. Não somente a Secretaria Municipal de Saúde, mas os familiares, a Educação, a APAE, enfim, toda a sociedade. Essa encomenda da Secretaria também não surge “do nada” e sim em meio a um jogo de forças que envolvem corte de verba da prefeitura para a APAE e o movimento de “mães de autistas” no cenário político (que será visto adiante). Mais do que dizer como se trabalha com Autismo, no grupo de estudo também surgiu a questão: quem precisa ser convocado para discutir o trabalho com as pessoas chamadas autistas?

também. Referem-se a uma política nacional onde o tema do Autismo está na pauta do dia.

Uma profissional diz: *“entendo que é uma coisa do Ministério da Saúde que tem que cumprir”*. Mas o “cumpra-se” parece não ajudar na sua operacionalização. Até mesmo a instância política citada, o Ministério da Saúde, é dividida em relação ao direcionamento de cuidado com o Autismo. Falei na roda, sobre o lançamento de duas orientações distintas e quase opostas em relação ao tema. Duas cartilhas: “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” e “Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”. Os nomes das cartilhas já indicam tendências distintas de cuidado. A inserção do termo “Rede de Atenção Psicossocial” marca uma diferença ao termo “Reabilitação”.

Rosa, Luzio e Yasui (2003) discutem os contornos e abrangências dos termos “psicossocial”, “atenção”, “reabilitação” e “apoio” – todos eles presentes no campo da Saúde Mental, referindo-se a práticas que se combinam, se compõem e se diferenciam. Para começar a discussão, os autores recorrem ao dicionário e fazem as seguintes análises:

“O termo reabilitação aparece marcado por sentidos e significados cuja ênfase sublinha a tônica do retorno, da reversão, da volta a estados já habitados anteriormente aos episódios desabilitadores. Veremos que, de certa forma, essa inércia da volta atrás parece querer marcar com maior ênfase a fisionomia do conceito de reabilitação, embora devamos olhar, com atenção e generosidade, as tentativas de elevar esse conceito a sentidos menos comprometidos com a reprodução dos valores estabelecidos. (...) Finalmente, o termo atenção apresenta-se, em seu sentido comum no léxico, de um modo que parece surpreendentemente muito próximo dos sentidos que pretende assumir como conceito, no contexto da Reforma Psiquiátrica. Dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente, chegam a designar uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual. (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 21)

Apontamos para os títulos das cartilhas como indicadores de diferentes práticas de cuidado. Para adensar essa discussão, seria necessário aprofundar nos conteúdos das cartilhas e analisar os direcionamentos dados por cada uma, podendo vislumbrar as reais

diferenças e os possíveis efeitos, o que não constitui objetivo deste trabalho. Interessamos do lançamento dessas duas cartilhas fazer uma discussão sobre “políticas”, sobre o próprio ato de direcionar as ações e de produzir realidades. Com isso, apontamos que essas cartilhas ajudam a produzir o que se denomina “Autismo”.

Com o auxílio de Foucault (2003), estamos considerando políticas como conjunto de práticas, formas de integridade, relação entre “o que se deve fazer e o que se deve saber”. Políticas são práticas. Nesse sentido, não cabe mais usar a palavra como adjetivante: direção política, sentido político, ato político. Política não é mais adjetivo e sim ação. Uma ação em um mundo que produz um mundo. Podemos distinguir, a depender de onde parte essa ação, entre política de governo, política de Estado e política pública. Esta última, não significa somente que venha do “público”, mas que tem uma dimensão pública que a constrói - discussão a ser feita.

Alguns autores operam com essa distinção entre políticas de governo, de Estado e pública³⁰. Para nós, importa ressaltar que todas são “regimes de práticas”, “ações direcionadas”, e o que guardamos das distinções serve para cartografar os diferentes elementos presentes nas ações. Distinguir os vetores, as linhas que compõem as práticas. O que temos nas políticas estatais? Quais os direcionamentos das políticas de governo? O que produzimos em termos de políticas públicas? Esses questionamentos são importantes para que possamos fazer as análises do que nos interessa neste trabalho que é o campo da Saúde Mental de crianças e adolescentes.

Dissemos que políticas públicas não significam políticas que venham “do público”, tendo a ideia de público como uma massa homogênea à qual são dirigidas as intervenções do Estado. Afirmamos junto com Barros e Passos (2005) que políticas públicas são políticas que tenham um “sentido público”, sentido este que não está colocado na política estatal ou na de governo:

³⁰ Políticas de Estado são aquelas que ultrapassam os períodos de governo, são ações mais estruturantes, possuem uma estabilidade. Um exemplo é o Sistema Único de Saúde, que está instituído em lei. Políticas de governo não possuem garantia legal de continuidade. São projetos específicos de determinada conjuntura e podem mudar a cada novo governo. Há uma discussão que afirma uma não separação definitiva entre uma e outra, considerando que há uma “razão de Estado” atravessando as diferentes políticas. Esse debate é rico e complexo e não será alvo de investimento neste trabalho. O artigo de Barros e Pimentel (2012), no subtítulo “*Políticas estatais e políticas públicas: no rastro dos interstícios*”, traz uma caracterização dessas políticas e uma discussão importante a respeito dessa temática.

“(...) da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida. Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde (BARROS; PASSOS, 2005, p 391).

As cartilhas lançadas pelo Ministério da Saúde produzem diferentes “Autismos”, na medida em que apresenta práticas distintas no modo de conceber o cuidado – o que apontamos na distinção dos títulos das cartilhas. O lançamento de tais cartilhas também mostra que nem mesmo uma política que “venha de cima” para ser aplicada é homogênea e única em seu direcionamento. O CAPSi de Vitória/ES, ao se perguntar o que fazer com os chamados “autistas” encaminhados da APAE, não tem de uma instância política superior (o Ministério da Saúde), uma resposta unificada. Costumamos dizer que temos que cumprir “a” política. Qual política? Vemos que a orientação estatal sobre os cuidados que envolvem as chamadas “pessoas autistas” mostra o quanto essa “política” mereceria ser escrita no plural: “políticas”.

O que vem “de cima para baixo” também é feito de diferentes práticas, de lutas, de rupturas e de movimentações. A política que se abastece de portarias, cartilhas, decretos não é sem tensionamentos. Justificamos que o nosso olhar para as “práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde” (BARROS; PASSOS, 2005) é para vislumbrar os diferentes modos de agir, ou seja, as políticas em ato. É possível encontrar variados modos de ação nas chamadas “políticas duras” também, se olhamos para esses movimentos que as constitui, como todo o debate e mobilização que ocorreu em torno do lançamento dessas duas cartilhas que produzem “Autismos”.

Se afirmamos que por um lado existe a “política dura”, que “vem de cima para baixo”, que chega com o “cumpra-se” e por outro lado, há a “política em ato”, das práticas cotidianas de cuidado, é para marcar o quanto aquela pode estar em dissonância com esta. É para dizer da dificuldade de compor as “políticas duras” com as “políticas do cotidiano”. Como fazer essa composição? Uma saída possa ser remeter essas “políticas duras” ao seu plano de produção, lá onde elas foram enfrentamentos, tensionamentos e lutas. A política quando vira “letra de lei”, torna-se reificada, parece perder – ou fica apagada – sua dimensão produtiva. Remeter-se a essa dimensão é reavivar uma plano de

produção que é composto de fragilidades, recuos, dúvidas, trabalhos, avanços – forças tão presentes nas práticas cotidianas. Tendo uma dimensão comum entre as “políticas duras” e as “práticas cotidianas” ³¹, que é esse plano de produção, talvez seja facilitada uma composição de ambas, até mesmo para poder afirmar uma demarcação, uma diferenciação entre uma e outra, para identificar os perigos e o que potencializa.

A resposta para a pergunta “*O que o CAPSi faz?*” encontra algumas contribuições em diretrizes e portarias, mas não é oferecida em uma política anterior e não está pronta em algum lugar. Com isso não queremos afirmar que não seja importante um direcionamento estatal, haja vista a história de assistência e a tardia tomada de responsabilidade por parte do Estado brasileiro frente às questões da infância e adolescência na Saúde Mental (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; COUTO, 2003; GUERRA, 2003). Mas a resposta a essa pergunta que o CAPSi se faz pode ser construída junto às práticas de cuidado, na experiência, na concretude do cotidiano, com as interferências de histórias de vidas tão singulares e radicais como do Menino que estamos narrando. Essas experiências também inauguram novas políticas, inventam modos de agir e constroem uma história da Saúde Mental Infanto-juvenil.

Experiências construindo políticas. Uma Audiência Pública que aconteceu na Assembleia Legislativa do Espírito Santo entrou naquela roda de discussão no CAPSi. Alguém se lembrou dela. Não à toa. Foi uma profissional que participou dessa audiência como porta voz do serviço da Atenção Psicossocial, o CAPSi. Lembrança que veio com a vivacidade do embate da experiência. Esta profissional fez frente e discutiu em meio a uma luta de forças com um cenário montado que favorecia uma instituição especializada. A audiência foi convocada por uma vereadora que apoia uma associação de “amigos dos autistas” ³². Houve a apresentação de uma instituição que faz tratamento

³¹ Aqui é necessário prudência para não cair em um dualismo, uma dicotomia entre “políticas duras” e “políticas do cotidiano”. As práticas do cotidiano podem ser endurecidas, ou seja, sem passagem para invenção de outras práticas. Por outro lado, como já afirmamos, as políticas que chegam para serem cumpridas portam uma dimensão produtiva dos processos que a constituíram. As políticas não são “duras” ou “flexíveis” em si, elas podem ser de uma maneira ou de outra a depender de como funcionam.

³² Eu assisti a essa audiência pela televisão. Estava zapeando canais, quando parei numa rede local que estava reprisando a transmissão. Lembro-me de algumas imagens: a vereadora ao centro da mesa, vestida com a camisa da Associação dos Amigos dos Autistas do Espírito Santo (AMAES); várias mães que levaram seus filhos ditos “autistas” e que clamavam ao microfone um lugar onde os eles pudessem ser tratados como na instituição que estava sendo apresentada; a fala curta do serviço público; a fala de uma

dos chamados “autistas” e que funciona em um município do interior do estado. Tal instituição é um setor da APAE da cidade que fica destinado somente a “esse tipo de paciente”. Foram colocados os dados, os números de atendimentos, fotos dos profissionais e dos espaços bem equipados. Depois dessa apresentação, foi reservado um tempo para que o serviço público pudesse se posicionar.

A profissional disse naquela roda de conversa no CAPSi, lembrando-se da Audiência, que a sua posição é de ser contra aos espaços delimitados para autistas. *“Eles estão aí e a sociedade tem que aprender a conviver com eles... o CAPSi cuida do autismo como de outros problemas”*. Assim, é posicionada uma orientação psicossocial que é contra aos especialismos, aos diagnósticos e aos estigmas deles decorrente. Nota-se que o autismo é elencado numa série de “outros problemas” e, assim, não é mais necessário surgir como “o Autismo”. Uma política a favor do cuidado da vida e suas conexões e não de um problema específico.

Nesse mesmo município interiorano onde se encontra a instituição especializada para autistas apresentada na Audiência, houve uma greve de servidores da prefeitura que durou três meses, no ano de 2013. Trabalhadores da educação, saúde, assistência social e outros setores se mobilizaram para protestar contra a precarização dessas políticas. O fim da greve foi coroado com o aumento salarial de cinquenta reais. Indício de como o serviço público tem sido investido. Muito provavelmente, pacientes desta instituição especializada em Autismo acessa algum equipamento da política de proteção social, frequenta alguma escola da rede pública, é usuário de alguma unidade de saúde. Como estão esses outros equipamentos da rede?

A articulação da rede é uma das diretrizes da Atenção Psicossocial e que aponta para essa preocupação: a vida não é compartimentalizada. Mesmo em meio a práticas de diagnósticos e de tratamentos especializados, essa pessoa chamada de “autista” se vincula a outras práticas. Ela acessa outros dispositivos e serviços. Faz seus percursos pela cidade. Transita pela saúde, educação, assistência, transporte, lazer, praças, praias, igreja, cinema... Essa consideração foi tomada como ponto de partida para a construção

mãe, que eu conheço por ser colega de grupo de pesquisa, que afirmava a importância de sua filha estar em uma escola regular, junto com outras crianças e não em um lugar especializado, onde a convivência seria entre os “iguais”. Fala que destoava das demais.

de uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil no Brasil e foi chamada de “intersectorialidade”.

Couto (2012) ao falar sobre as ações estratégicas no início da política de saúde mental para crianças e adolescentes, coloca o CAPSi como uma resposta oficial do Estado brasileiro frente às questões desse campo e como um dispositivo estratégico dirigido prioritariamente para os casos de maior gravidade e complexidade, além de operar como ordenador da demanda no território. A outra ação estratégica foi a articulação intersectorial para a construção de uma rede de atenção que possa acolher os diferentes problemas relacionados com a Saúde Mental Infanto-juvenil. A intersectorialidade passou a ser um dos fundamentos desta política. “Ao contrário de outras políticas públicas – a Saúde Mental geral, inclusive, onde a intersectorialidade costuma ser uma consequência do processo, na SMCA ela foi constitutiva, a própria possibilidade de o processo ser iniciado.” (COUTO, 2012, p. 34).

Quando falamos dessa “rede intersectorial” em contraposição aos “espaços de especialismos” não queremos afirmar uma rede que totalize a vida do sujeito, cercando por todos os lados: saúde, assistência, educação, lazer e tantas outras esferas do viver. Estamos avisados sobre as políticas que incidem sobre a vida, tentando regular e produzir necessidades (ao mesmo tempo atendendo-as) orientadas pelo que Foucault (2006) coloca como “governamentalidade”. Esse modo de governar a partir de fins do século XVIII é o suporte para a emergência de um poder de regulamentação, o “biopoder”, o poder sobre a vida³³.

“E o maior poderio sobre a vida, ou melhor, a maior eficácia do biopoder ao fabricar modos de vida, se coloca exatamente através da maior naturalização

³³ Foucault (2006) coloca que desde o século XVIII vivemos uma “governamentalização do Estado”, ou seja, o Estado sobrevive das técnicas de governar. O alvo das ações do Estado é a população a partir do que se sabe sobre ela por meio da estatística e da economia política. “A população aparece, portanto, mais como um fim e instrumento de governo que como força do soberano; a população aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo;” (Foucault, 2006, p.289). O “biopoder” refere-se a um investimento sobre a vida: “fazer viver, deixar morrer”. É uma forma de diferenciar do “poder soberano”, quando se fazia morrer, através das técnicas de suplício e deixava-se viver, pois a preocupação não era a vida dos súditos e sim conservar o principado. Foucault (2006) alerta que não se trata de uma sequência de sociedades: soberania, disciplinar e de governo. “Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais”. (FOUCAULT, 2006, p.291)

dos seus dispositivos. (...) Há uma proliferação de tecnologias políticas que vão investir todo o espaço-tempo da existência, redundando em diferenciadas políticas de subjetivação.” (MACHADO; LAVRADOR, 2010, p. 128).

A discussão sobre o “biopoder”, apesar de não ser o objetivo deste trabalho, nos serve como recurso para pensar que a almejada “intersectorialidade” pode ser um “conjunto de especialidades”, cada setor cuidando de uma parte da vida, em uma “proliferação de tecnologias políticas”, como colocam Machado e Lavrador (2010). Queremos afirmar uma expansão e uma conectividade, acompanhando o próprio percurso dos sujeitos. Quais os trajetos que os meninos e as meninas fazem? Por terem um diagnóstico de “autista” precisam estar em um só lugar? Nesse sentido, poderíamos até questionar a afirmação de que “o lugar do Menino é no CAPSi” apontando para esse risco de um espaço exclusivo do cuidado. A aposta é de que a *pólis* possa empreender esse ato de cuidar ao possibilitar a circulação desses sujeitos pela cidade, o que não está como orientação em uma “política dos espacialismos”, espaços de especialismos.

Os “especialismos” têm, no mínimo, um efeito e um destino. O efeito de esquadrihar a vida e querer cuidar de uma parte dela e o destino de criar mais especialismos. Não basta cuidar especificamente do que se denomina “Autismo”, precisa ser especialista em certa abordagem teórico-metodológica. É o que aconteceu em São Paulo. O governo deste estado publicou um edital para o credenciamento de instituições especializadas em tratamento de “Autismo”, em que havia pré-requisitos como especificar a linha teórica de alguns profissionais, como o psicólogo que deveria ser especializado em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). O edital (Edital Nº 148 – DOE de 08/08/12 – Seção 1 – p.79) coloca que o atendimento nas instituições a serem credenciadas se destinava às pessoas que apresentassem laudo médico com o diagnóstico de Autismo emitido por algum especialista neurologista, psiquiatra ou neuropsiquiatria. Ainda no que se refere às técnicas utilizadas, este edital vinculava a prestação de serviços pela Instituição à declaração feita pelo responsável da mesma de que serão utilizados métodos cognitivo comportamentais validados na literatura científica. Além disso, não havia no documento nenhuma referência a Rede de Atenção Psicossocial, nem se mencionava o CAPS.

Sobre essa ação de governo, muitas críticas e movimentações foram feitas³⁴. Outro edital foi lançado substituindo este primeiro e trazendo algumas modificações. O Edital Nº 152 – DOE de 15/08/13 – Seção 1 – p.94 - retirou o pré-requisito de especialista em TCC do psicólogo, mas este profissional deveria ter uma especialização/capacitação no atendimento às pessoas com TEA. Por outro lado, esse “novo” edital passou a atrelar o diagnóstico ao uso de testes comportamentais. E sobre a rede de serviço público, ela é citada quando se fala do “plano terapêutico individual”. Desta vez, a Instituição, ao invés de apresentar uma declaração de que usa de técnicas cognitivo-comportamentais, deverá apresentar um “plano terapêutico”, “sendo desejável a participação do CAPS ou Unidade Estadual de referência no referido plano”. Além disso, a Instituição deve apresentar parecer semestral sobre a continuidade do tratamento ou o encaminhamento para a rede territorial de CAPS.

Com esse episódio de uma nítida política de governo o que vemos é uma tentativa de diminuição do sentido público das políticas, porque aciona um setor da sociedade (os profissionais especializados) para cuidar dos chamados “autistas” ao mesmo tempo em que coloca o “Autismo” a ser cuidado em instituições específicas. A tentativa parece ser de diminuir os embates e tensionamentos ao convocar um setor aparentemente homogêneo e especialista. Mas a dimensão pública é reavivada quando movimentos sociais convocam ao trabalho coletivo para fazer frente a uma política de especialismos fomentada pelo dito “poder público”, que não considera a história de um movimento da Reforma Psiquiátrica e não valoriza o próprio serviço público.

“Uma política efetivamente dirigida aos interesses da população não pode confundir o interesse de grupos sociais (democratismo demagógico que via de regra esconde outros interesses que não os manifestados por esses grupos) com o interesse mais amplo da população como instância coletiva e anonimamente pública (o “para todos”) e não a grupos nomeados de indivíduos privados (o “para alguns”). (ELIA, 2012)

³⁴ Essas movimentações citadas no texto foram, sobretudo, acompanhadas via grupo de email. Esse grupo, cujo nome é “capsinareforma”, reúne pessoas de diferentes lugares do país, que estão em diversos serviços, não só da saúde mental infanto-juvenil. Sobre a movimentação feita por conta desse “ato de governo” no estado de São Paulo, cito a mensagem feita por Luciano Elia (Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ).

Elia (2012) evidencia com essa mensagem que políticas públicas não são respostas a interesses de grupos sociais. Qualquer demanda no campo público precisaria ser remetida ao coletivo no sentido de problematizar o que está sendo demandado. O outro exemplo colocado nesta mensagem é o pedido de alguma família para internar um parente em um manicômio. O trabalho, ao invés de atender ao pedido do usuário, é no sentido de “acolhendo sua demanda desesperada, apontar-lhe, no entanto outras possibilidades bem mais benéficas para a saúde de todos” (ELIA, 2012).

O pedido das “mães dos autistas”, por exemplo, naquela Audiência Pública na Assembleia Legislativa do ES, não é sem fundamento. Elas querem um lugar para que seus filhos possam ser cuidados, com profissionais competentes e que não fiquem “perambulando” por serviços procurando por atendimento. A resposta a esse pedido quando formulada no âmbito das políticas públicas, no trabalho coletivo, seria diferente de colocar esses “filhos autistas” em um único lugar e serem tratados por certa abordagem técnica.

Seja em São Paulo com o credenciamento de instituições especializadas para os chamados “autistas”, seja no Espírito Santo com a defesa em Audiência Pública de tais instituições, o que vemos são práticas de cuidado que desinvestem em políticas públicas para formar lugares exclusivos e especialistas que possam tratar pessoas com um diagnóstico. Diagnosticar e separar em espaços especialistas (“espacialismos”) para cuidar. Parece ser esse o direcionamento desta política, que a nosso ver, vai de encontro à construção de políticas públicas porque tenta homogeneizar, diminuir os embates, as conexões e os tensionamentos no campo público. Política esta que ajuda a produzir um “Autismo”.

A “política dos espacialismos” refere-se não só às estruturas das instituições especializadas, com seus aparatos tecnológicos, mas aos espaços que vão sendo definidos e ganhando exclusividade. Espaços que diminuem o sentido público das políticas. Espaços que colocam uma totalidade de verdade, ou melhor, que se pretendem “totais”. Espaços que não evidenciam os processos de singularização. São eles: o sentimento de “não avanço” como uma verdade sobre o sujeito; as cartilhas que possuem o único saber sobre o “Autismo”; os diagnósticos feitos por especialistas; a exclusividade de abordagem teórico-metodológica como colocado pelo Edital de São

Paulo; o clamor por uma instituição especializada em Autismo, na Assembléia Legislativa do ES. São essas as práticas que estão ajudando a produzir o chamado “Autismo” e as pessoas com transtorno do espectro autista (TEA).

Parece ser com esse “Autismo” (que não tem avanço e que precisa de “especialismos”) que o CAPSi se debate e se pergunta pelo que deve ser feito. Nesse sentido, pode haver um esquecimento do Menino no que ele traz de singularidade, de estória e de história, de trabalho realizado, de tentativas e de conquistas. Esquece-se do que? Do que é preciso lembrar? Desmontar esse “Autismo”, produto separado de sua produção, e olhar para as práticas cotidianas: O que tem sido produzido com elas? O que se fez? O que se pretende fazer? Lembrar-se do que já foi produzido coletivamente por meio de embates e tensionamentos. No campo da Saúde Mental, poderíamos lembrar-nos de um “processo social complexo” como da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2003), que pode servir como marco orientador do trabalho. Assim como as proposições do que se denominou de “Atenção Psicossocial”.

3.5 Co-memorar: memória de um trabalho.

O caso mostra-se pela sua potência de desmontagem quando as linhas vão se soltando e não delimitam mais um “eu”, um “indivíduo”, mas abrem para as políticas, as ações no mundo, que produzem mundos. Estilhaçando o caso do “Menino que é fácil esquecer” produzimos um debate e uma análise sobre o que acontece na atualidade com o tema do “Autismo” e quais as políticas aí implicadas. Voltamos, sem sair dele, ao CAPSi de Vitória/ES para visibilizar as práticas empreendidas que ajudam a produzir um “Autismo” e que compareceram naquela roda de conversa a partir do caso narrado.

O encaminhamento dos “autistas da lista de espera da APAE” parece ter mobilizado a equipe que se debatia com a questão “*o que o Capsi faz?*”³⁵. Questão que parecia apontar para uma diferenciação entre as instituições filantrópicas e especializadas, de caráter médico-pedagógico e uma “Abordagem Psicossocial”. Nessa situação concreta, a pergunta ganha uma especificidade e se modula da seguinte maneira: *o que o CAPSi*

³⁵ Não é só o encaminhamento, mas as relações com a gestão, com a própria equipe, as relações de trabalho e tantos outros vetores que determinam a referida ação. Um modo não reducionista de olhar para a situação.

faz com os autistas? O caso que estava sendo montado naquela roda, mostrava que a equipe narrava falas paralisantes de “não avanço”, “não investimento” e de “esquecimento” do Menino. Essa “versão do Menino” parecia compor, ali naquela roda, com questionamentos a respeito de acolher os “autistas da APAE”. “*O que nós vamos fazer com eles?*”; “*É uma demanda que não podemos responder*”. Foram lembradas também outras demandas que chegam ao CAPSi, como as dos familiares que pedem por consulta médica, receitas e medicamentos. Uma profissional pontuou que esses são os pedidos, o que não quer dizer que serão atendidos, porque o CAPSi tem a função de explicar o que tem para oferecer e construir junto com quem pede, uma direção possível.

É função do CAPSi acolher e conhecer os pedidos que envolvam alguma demanda em Saúde Mental Infanto-juvenil. Tem um duplo mandato: clínico e gestor (Brasil, 2005). Além de receber usuários no serviço, O CAPSi ordena as demandas no território e articula-se com a rede. Não recuar dessa função é fazer frente aos desafios colocados ao campo e enfrentar um “passado histórico” em que crianças e adolescentes além do sofrimento psíquico, lidavam com a institucionalização adoecedora. Também é imprescindível o questionamento sobre o que faz o CAPSi diante desses pedidos. Colocar a questão para indagar, problematizar e para se reposicionar diante da própria função, pode ajudar a desnaturalizar os caminhos burocráticos.

Os questionamentos serviriam para um reposicionamento da equipe de trabalho, mas também parecia que beirava uma dúvida se se acolhia ou não “os autistas da APAE” e como responder a esse pedido. Essa dúvida, assim como a angústia de que não teve avanço, naquela roda de conversa, estava junto com um esquecimento de um trabalho que é feito ao se falar de “um Menino que é fácil esquecer”. Fácil esquecer o Menino. Facilitado o esquecimento do trabalho que se faz com ele. Tentava fazer esse apontamento na roda, ao mesmo tempo em que me esforçava para juntar as falas de trabalho com o Menino que a equipe havia narrado. Recorri à imagem de uma “lupa”, que poderia ser um instrumento para ajudar a enxergar o que se faz, o que foi feito, e, assim, registrar um trabalho que pode servir de recurso para responder a pedidos como esse encaminhamento de meninos e meninas chamados de autistas.

Dessa maneira, poderia surgir junto com a questão “o que se faz”, outra: “como vamos fazer?”. Diante de um pedido de encaminhamento, a equipe titubeia por conta do árduo trabalho da clínica, das relações com a gestão, de uma compreensão de política como o “cumpra-se” e de várias outras composições que precisariam ser colocadas em análise para melhor elucidar seus vetores. Entre o “dever fazer” da política estatal e o “como fazer” da lida diária das práticas de cuidado, existem caminhos, vicissitudes, descobertas, dúvidas, conquistas. Essa “lida diária” poderia servir de liga para as políticas (para as ações/práticas de cuidado), na medida em que é relembrada, valorizada, vislumbrada como trabalho, co-memorada. Caso contrário, fica a sensação de que nada se fez, de que não houve avanço e de que não é possível responder às demandas. As políticas das diretrizes e portarias não são apaziguadoras e nem determinantes do que se faz no campo. Mas elas delineiam um campo de ação, com marcos éticos, onde é possível invenções, recuos e avanços, indagações – atitudes inerentes a ação humana.

O caso que começou a ser narrado com falas de “não avanço” e de facilidade em esquecê-lo foi sendo montado com outras cenas que bifurcavam esse “nada se fez”. Montando e desmontando. Cenas em que o menino pedia água, entrava na piscina, sentava junto a mesa, pedia para tirar-lhe os sapatos, a camisa, abraçava as pessoas da oficina, fazia carinho quando queria alguma coisa, ria quando uma profissional ia de óculos para o CAPSi. Tudo isso testemunhado por pessoas que, ali naquela roda, narravam esses acontecimentos.

Acompanhar os “acontecimentos”, cartografar as conquistas e os impasses podem contribuir para uma construção diária de uma política que oriente as práticas de cuidado e que seja mais afinada com a concretude das experiências. Narrar o Menino fez lembrar-se dele, investir. Falar das ações empreendidas e direcionadas - estas sim talvez estivessem esquecidas. Co-memorar um trabalho, “memorar” junto. Uma memória coletiva.

No começo, havia um terreno sendo preparado. Preparação que contribuía para a “contação de causos”, pois havia uma atmosfera descontraída. A mesa forrada de toalha branca, os bolos que chegavam aos poucos, as risadas e as conversas davam o tom festivo. Acabada a roda de conversa que montou o caso em torno das práticas que

produzem um “Autismo”, foi feito o convite para que eu continuasse na roda para participar de uma comemoração. O motivo de tantos preparativos foi revelado. Uma homenagem pelo aniversário de seis anos daquele CAPSi³⁶. Alguns profissionais prepararam uma sequência de fotos de passeios, de festas, de oficinas, de usuários, trabalhadores - todas exibidas em um vídeo com um fundo musical. Dois outros profissionais escreveram textos e um deles me disponibilizou o poema de sua autoria:

Somos todos loucos!

Sim! Somente loucos conseguem suportar a loucura, ou melhor, não a suportar a própria loucura e buscar na loucura de outras pessoas um pouco da cura para seus males.

Psicossocialmente falando, todos os dias movimentados, parados, críticos, apaziguadores, intensamente destrutivos e emocionais nos colocam frente a frente com os limites de cada um, sejam eles profissionais, pessoais e humanos.

Toda vez que chegamos próximo a estes limites, prenunciamos a crise. A crise interna de continuar... Sair? Voltar? ...e ainda sim acreditar!

Mas acreditar em quê?

Sinceramente? Acreditar em si mesmo. Ver que conseguimos, entre a dor e a ferida, entre o medo, o choro, o sorriso, um “deliriozinho” ou uma alucinação, sair da pasmaceira cotidiana e entender como a vida pode ser tão estranhamente cruel e dignificante.

E é assim, entre a sensação do medo do desconhecido, entre a sensação do prazer, do mal estar, do bem querer, entre os planos pessoais, sonhos e problemas e entre aquele velho espaço entre a autocrítica e sentimento do “dever cumprido” que cada um de nós volta ao CAPSi todos os dias.

Pra dizer a verdade, só pra ser melhor do que foi ontem.

Então, hoje pode ser melhor, e amanhã, o melhor dia de todos!

(Thiago E. Rodrigues – Enfermeiro do CAPSi Vitória/ES, grifos nossos).

Saio deste encontro comemorativo muito contente. Fiquei pensando e fazendo as conexões *à posteriori*: finalizamos aquela roda de conversa com a comemoração do aniversário do serviço, mas desde o começo da roda, quando foi eleito um caso para narrar, já estávamos a co-memorar um trabalho. O “Menino que é fácil esquecer” é acompanhado pelo CAPSi desde o nascimento deste dispositivo em Vitória/ES, há seis anos. Lembrar-se dele, é poder narrar um percurso desse dispositivo lidando com

³⁶ O CAPSi de Vitória/ES foi inaugurado em Setembro de 2007. Sobre a experiência de implantação do dispositivo e sobre os três primeiros anos de funcionamento, ver capítulo: ROLKE, R. K.; AVELLAR, L. Z., & RONCHI, J. P. (2012). Saúde Mental Infante-juvenil: avanços e desafios na constituição de um serviço. In NASCIMENTO, A. S. ; AVELLAR, L. Z. ; BARBOSA, P. V. (Orgs.). Infância e juventude: promovendo diálogos e construindo ações (pp. 47-68). Vitória, ES: GM Ed.

questões próprias de um serviço e de uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil recentemente implantada.

Apesar dos pontos de esquecimento (seja do trabalho, seja do Menino), havia uma referência sempre lembrada na roda, com suas modulações: abordagem psicossocial, atenção psicossocial. Entre dúvidas, recuos, angústias com a questão “*o que o Capsi faz?*”, parecia surgir como marco orientador a abordagem/atenção psicossocial. Parecia que diferentes profissionais dessa equipe encontrava nesse termo-conceito uma política comum para referir-se ao trabalho. Que política é essa? Qual é sua orientação de cuidado? O termo “psicossocial” parece equipar a fala sobre o trabalho. “*Psicossocialmente falando*” – é o modo que, na poesia, qualifica a fala, instaura uma postura. Que postura é essa? Refere-se a que?³⁷

Rosa, Luzio e Yasui (2003) desenvolvem a hipótese de que “psicossocial” passou de termo para conceito. Essa passagem faz-se quando se podem definir os contornos de um novo paradigma, o “psicossocial” em substituição ao “psiquiátrico/asilar”.

“Firmamos a hipótese inicial de que o termo psicossocial, que a princípio designa experiências de reforma da psiquiatria, agregando a seu objeto aspectos psíquicos e sociais, vai aspirar ao estatuto de conceito, a partir do momento em que lhe são acrescentadas às contribuições de movimentos de crítica mais radical à Psiquiatria, como a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática e alguns aspectos originários da Psicoterapia Institucional. Essas transformações têm seu correspondente no contexto brasileiro, a partir da década de 80, ocasião em que Psicossocial passa a ser utilizado como significante para designar novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais as do paradigma psiquiátrico. (...) Distinguimos, portanto, o termo do conceito, reservando, para o último, o estatuto de designação das práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria, conservando para o termo a função de designar as práticas reformadoras em sentido amplo.” (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, pp. 17-18).

A distinção que os autores fazem entre o “termo” e o “conceito” nos interessa porque aponta para o perigo que incorre o termo “psicossocial” ao se referir a junção da dimensão psíquica e da social, como se estivessem separadas. Ao invés do termo que

³⁷ Interessante seria se essas questões pudessem ser feitas junto aos trabalhadores do CAPSi de Vitória/ES, o que não foi possível pelo tempo dispendido com eles em roda. O que não impossibilitou que recorrêssemos a autores que discutem essas questões no campo da Saúde Mental.

provoca essa separação, chama atenção para um possível “conceito psicossocial” que possa referir-se às práticas de cuidado de transição paradigmática. Sendo conceito, com ele se opera e se instaura ações. Que práticas são essas? Quais são seus referenciais básicos que norteiam o trabalho? Rosa, Luzio e Yasui (2003) fazem o exercício de balizar uma lógica mais precisa para a Atenção Psicossocial, denominando um “Modo Psicossocial”. Analisam esse “modo de operar” a partir de quatro parâmetros básicos: 1) O processo saúde-doença e os meios teóricos-técnicos não reduzidos ao biológico. 2) Relações de trabalho e concepções de organização institucional pautadas na cogestão e participação. 3) Relações da instituição com a população, que não se trata de suprir carências. 4) Concepção dos efeitos terapêuticos e éticos no sentido de implicação subjetiva e sociocultural e não adaptação.

Cada parâmetro do “modo psicossocial” rende análises importantes, que não iremos fazer neste momento. Partimos para outra discussão feita por Amarante (2003) que é de “conceitualizar” o termo Reforma Psiquiátrica, também na tentativa de contornar algumas práticas no campo da Saúde Mental.

Tomando a Reforma Psiquiátrica como um “processo social complexo”, como afirma Amarante (2003), seria reduutivo e simplista encará-la como uma reorganização de serviços, um reformismo – o que é até sugerido pelo nome. Amarante (2003) está interessado em analisar a Reforma Psiquiátrica não como “termo”, mas como “conceito” e com isso, descrever as possíveis dimensões desse processo complexo onde estão presentes as práticas de cuidado na Saúde Mental. Complexo porque se configura com a articulação de diferentes dimensões, movimentos, atores e conflitos. Mais uma vez, o conceito entra como operando uma realidade, instaurando um *modus operandi*.

A partir desta definição de “processo social complexo” e na tentativa de dispor “uma amplitude e uma dinâmica inovadoras na compreensão e construção do conceito de Reforma Psiquiátrica”, Amarante (2003) passa a elencar quatro campos envolvidos nesse processo. O primeiro refere-se ao *campo epistemológico ou teórico conceitual*, ou seja, à produção de conhecimento que fundamenta o saber/fazer médico psiquiátrico. Transformações nesse campo colocam em xeque as práticas empreendidas. Como exemplo, a desconstrução do conceito de “clínica”, “que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral (oriundo do *Klinus* – inclinar-se sobre o leito)

proposto por Philippe Pinel ou Willian Tuke ou Vincenzo Chiarugi, dentre outros, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades (...)" (AMARANTE, 2003, p. 49)

O modelo teórico possibilita a construção e sustentação do modelo assistencial. Nesse sentido, chegamos à outra dimensão da Reforma Psiquiátrica, a *dimensão técnico-assistencial*. Considerando a loucura como incapacidade e desrazão, o modelo psiquiátrico pauta-se na tutela, no isolamento, na disciplina, na interdição, enfim, no tratamento moral. Tal concepção de loucura tem ressonâncias no *campo jurídico-político*, que é uma terceira dimensão de transformação com a Reforma Psiquiátrica. Noções relacionadas à loucura como periculosidade e irresponsabilidade civil estabelecem relações sociais e civis em termos de cidadania. Visando transformações dessas relações entre sociedade e loucura, chegamos a uma quarta dimensão que é a *sociocultural* e que se refere à transformação do lugar social da loucura.

Dentro das transformações desencadeadas por esse processo complexo da Reforma Psiquiátrica, Amarante (2003) considera os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como *um lugar* para inventar *um modo* de cuidar diferente da tutela, do isolamento e da estigmatização. São vários os operadores do cuidado nesses espaços, vários profissionais (enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, técnicos administrativos, seguranças, auxiliares de serviços gerais...), todos criando competências em lidar com a loucura numa diversidade de saberes, sem totalizar o cuidado em um único modo de teorizar e intervir.

“Assim, por exemplo, um centro de atenção psicossocial não deveria ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador”; isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde. A extinção significativa de leitos e hospitais psiquiátricos no Brasil, com a simultânea implantação de serviços de atenção psicossocial, além de muitos outros dispositivos não assistenciais (cooperativas, associações, clubes, centros de convivência etc.) representam parte da dinâmica deste processo de transformação estrutural das formas sociais de lidar com a loucura. Para o operador que atua em algum destes serviços inovadores, seria muito interessante a consciência de que ali se estão operando rupturas conceituais, ao mesmo tempo que técnicas, políticas, jurídicas e sociais. Ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (ao

invés de seqüestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura.” (AMARANTE, 2003, pp.60-61)

Voltar ao CAPSi todos os dias não deixa de ser um modo de ir para um “serviço inovador” (AMARANTE, 2003) que se baliza por um “modo psicossocial” (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) e que tem o desafio de construir diariamente, com cada caso, uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil que seja pública. Para tanto, apontamos uma cartografia das linhas de invenções dessa construção diária das políticas, ou seja, das práticas de cuidado.

3.6 Linhas de invenções.

A partir da colocação de Amarante (2003) de que um CAPS deveria ser um “serviço inovador”, poderíamos dizer que os operadores do cuidado no CAPSi de Vitória/ES estão inventando práticas no campo da Saúde Mental com meninos e meninas. Estão lidando com experiências diversas e tentando construir outro lugar social para a loucura, entendida aqui como qualquer radicalidade existencial, como é o modo de funcionamento autista. Experiências radicais porque chocam, angustiam, provocam sensações paralisantes e forçam invenções, bifurcações, experimentações – como foram narradas as tentativas de descobrir o que o Menino gostava de fazer. Falamos de “modo de funcionamento autista”, em que podemos descrever algumas ações singulares - o que se difere de enquadrar em um diagnóstico de “Autismo”.

Quando falamos de Reforma Psiquiátrica enquanto conceito, remetemos a uma transformação do lugar social da loucura. Mas seria o autismo uma loucura? O que aproxima um “modo de funcionamento autista” com a loucura? Não cabe, aqui, uma resposta nosográfica. O que nos interessa, ao analisar as práticas, é dizer que, tal como a experiência da loucura que foi rotulada como “Doença Mental” e trancafiada nos moldes manicomiais de instituição e de pensamento, tem-se produzido um “Autismo” para ser sequestrado nos diagnósticos rotulantes e nas “políticas dos espacialismos”.

Como dispositivo de uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil, resultante de um processo social complexo como da Reforma Psiquiátrica, ao CAPSi fica o trabalho de se afirmar como política pública, ou seja, intensificar o sentido público da política em meio a movimentações privatizantes e “especializantes” na saúde, como as que compareceram no caso montado: instituições que especializam o cuidado; privilégio, quando não exclusividade, de uma teoria/técnica.

Na contramão dos “espacialismos”, a aposta é de que o CAPSi possa ser uma instituição pública para empreender práticas inovadoras de cuidado no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. Invenção de práticas nos campos: epistemológico; técnico-assistencial; jurídico-político e na cultura (AMARANTE, 2003). Acompanhar o Menino mobilizou as pessoas que dele cuidavam a produzir um conhecimento com ele de como abordá-lo, do que ele gosta de fazer, dos movimentos dele pelo CAPSi e na cidade. Uma produção de conhecimento e de técnica que não está dada *a priori*. A intervenção de impedir a sua internação em um abrigo para deficientes foi afirmar outra condição jurídica e política para o Menino. Um “*projeto de vida*”, como apontou um profissional na roda de conversa. Ao CAPSi coube traçar, junto ao Menino, linhas de cuidado, linhas de vida – o que implica tensionamentos, diálogo institucional (com a Justiça, com a Unidade de Saúde), incluírem a família do modo como ela se expressa (o irmão do Menino que é responsável por levá-lo ao CAPSi).

Traçando linhas em uma disponibilidade de estar junto ao Menino, enquanto Menino em composição, montagem. Assim poderíamos falar do trabalho a ser comemorado. Não exatamente de resultados, de produtos e avanços, mas de disposição para aprender com o caso, cartografando seus percursos. Guattari (1987) toma como exemplo Fernand Deligny³⁸ para falar da “função de agenciamento coletivo do *socius*”. Função esta que ao contrário dos “equipamentos coletivos” que reproduzem meios e relações de

³⁸ Educador e artista que criou uma comunidade agrária em Cevennes, França, onde viviam crianças autistas, adultos não educadores, trabalhadores, camponeses e estudantes. Sobre sua obra artística: “Ensaio, prosa poética, ficção, filmes e outros documentos visuais – como fotografias, desenhos, mapas e as “linhas de errância”, que registravam os movimentos de crianças autistas em comunidades francesas. Sua obra é o produto de um pensamento radical a partir do qual se questionaram as convenções do humanismo burguês, a disciplina psiquiátrica, a psicanálise, a educação formal, a etnologia, a antropologia, a imagem, a política e a primazia logocêntrica da linguagem na cultura ocidental”. Disponível em: <http://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2012/10/19/fernand-deligny-na-30a-bienal-de-sao-paulo-filmes-e-entrevistas-nicho-imperdivel/>, Acesso em 08/03/14.

produção capitalista ou socialista burocrática, que “estratifica papéis, hierarquiza a sociedade, codifica destinos” (GUATTARI, p. 67, 1987) – o agenciamento coletivo cria meios em que as singularidades do desejo são respeitadas.

“Tomemos como exemplo de Fernand Deligny em Cevennes. Ele não criou ali uma instituição para crianças autistas. Ele tornou possível que um grupo de adultos e de crianças autistas pudessem viver juntos segundo seus próprios desejos. Ele agenciou uma economia coletiva de desejo articulando pessoas, gestos, circuitos econômicos e relacionais, etc. É muito diferente do que fazem geralmente os psicólogos e os educadores que têm, *a priori*, uma ideia a respeito das diversas categorias de “inválidos”. (GUATTARI, p. 67, 1987)

Precisaríamos aprofundar nessa experiência de Deligny com pessoas chamadas autistas para poder dialogar melhor com ela. Mas a colocação de Guattari (1987) sobre este trabalho nos é cara na discussão deste capítulo, pois afirma uma direção de cuidado contrária à “política dos espacialismos”. Ao invés de criar uma instituição especializada em “Autismo”, Deligny cria a possibilidade de pessoas estarem juntas se cuidando, criando meios de se expressarem, inventando modos de viver coletivamente. Ao invés de cartilhas, Deligny traça o que ele denominou de “linhas de errância”. Ele fazia mapas dos trajetos das crianças:

"Fernand Deligny transcreve as linhas e trajetos das crianças autistas, faz mapas: distingue cuidadosamente as “linhas de errância” e as “linhas costumeiras”. E isso não vale somente para os passeios, há também mapas de percepções, mapas de gestos (cozinhar ou recolher madeira), com gestos costumeiros e gestos erráticos. O mesmo para a linguagem, se existir uma. Fernand Deligny abriu suas linhas de escrita para linhas de vida. E constantemente as linhas se cruzam, se superpõem por um instante, se seguem por um tempo.” (DELEUZE ; GUATTARI, 1996, pp. 83-84).

Acompanhando os movimentos autistas, o artista traça linhas. Onde poderíamos pensar, pela radicalidade existencial, que há uma ausência de sentido e um desprovimento de linguagem, o artista nos mostra com as linhas traçadas, imagens e signos. Cabe na experiência humana trajetos de errância, derivas no espaço e no tempo – o que desmonta a qualificação desses trajetos como “*não avanço*”. Não há somente “linhas de

errância”, os gestos costumeiros também compõem os trajetos. Mas é preciso olhar, cartografar, traçar as linhas.

Quando o CAPSi de Vitória/ES co-memora o trabalho e lembra do Menino, na roda de conversa, é como se estivesse traçando linhas que compõem um percurso, um trajeto – do próprio serviço, do Menino, de uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil. Esse “dispositivo inovador” não está solto e sem rumo nesse traçado de linhas. O CAPSi faz parte de um “processo social complexo” da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2003) e orienta-se pelos marcos éticos de um “Modo Psicossocial” (ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) de conceber os processos de saúde, de trabalho, de produção de conhecimento e de vida.

Poderíamos afirmar que as orientações de uma “política psicossocial” (usando este termo como conceito operador que designa as práticas de transição paradigmática) se contrapõem ao direcionamento de uma “política dos espacialismos”, que estratifica, segrega e diminui os embates e tensionamentos produtivos. Esse “modo psicossocial” vem no bojo de uma luta mais ampla, a Reforma Psiquiátrica (termo também conceitualizado), quando uma sociedade, numa determinada época, repensou e se reposicionou em relação a sua maneira de lidar coma loucura.

Nesse sentido, esse movimento antimanicomial poderia ser visto como um “agenciamento coletivo” (GUATTARI, 1987), que pretende desterritorializar os modos codificados do saber/poder psiquiátrico. Tal agenciamento corre o risco de ele também se estratificar frente a correntes de especialismos que circunscrevem espaços restritos de cuidado. Nesse momento, torna-se imperioso conectar-se ao sentido público da política e promover debates, embates e co-memorar um trabalho empreendido, experimentando práticas de cuidado, possibilitando encontros de disponibilidade.

4 O “Caso Congresso”. Pistas para a construção de políticas públicas.

4.1 No caminho para o Congresso, as palavras de Gentileza.

*“Apagaram tudo
Pintaram tudo de cinza
A palavra no muro
Ficou coberta de tinta*

*Apagaram tudo
Pintaram tudo de cinza
Só ficou no muro
Tristeza e tinta fresca*

*Nós que passamos apressados
Pelas ruas da cidade
Merecemos ler as letras
E as palavras de gentileza*

*Por isso eu pergunto
A você no mundo
Se é mais inteligente
O livro ou a sabedoria*

*O mundo é uma escola
A vida é o circo
"Amor: palavra que liberta"
Já dizia o profeta.”*

(Gentileza. Marisa Monte, 2000).

Acordar cedo, alimentar-se, tomar banho, arrumar-se, caminhar para pegar ônibus. Já sabia que o trajeto era longo e demorado. Niterói – Rio de Janeiro. Ia ao Congresso Brasileiro de CAPSi (CONCAPSi)³⁹. Muito se havia esperado por este Congresso. Uma grande expectativa por me encontrar com pessoas e discussões do campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. E estando lá, também esperava um bocado para chegar até o campus da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde aconteceu o evento.

³⁹ O I CONCAPSi aconteceu nos dias 10, 11 e 12 de abril de 2013. O seu tema foi: “*Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes*”. O Congresso foi organizado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), do Instituto de Psiquiatria (IPUB) e pela UERJ, com o Programa de Pós-graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia e o Programa de Estudos e Pesquisas da Ação e do Sujeito (PEPAS), do Instituto de Medicina Social. O Congresso foi montado em uma estrutura que contemplava diferentes atividades, como plenárias, rodas de conversa, mesas-redondas, posters e tribuna. As atividades do I CONCAPSi foram organizadas em torno de três eixos temáticos: O lugar da atenção psicossocial no SUS / O mandato clínico-territorial do CAPSi / A construção da rede ampliada de atenção e a intersetorialidade. Esses três grandes temas eram atravessados por um eixo transversal: formação profissional, supervisão e pesquisa/produção de conhecimento.

Enfrentava o famoso trânsito da Cidade Maravilhosa. Já estava avisada por essa fama. Sendo assim, ia tranquila, avistando as paisagens com meus olhos de turista, ouvindo música no meu Mp3, olhando e escolhendo a programação do Congresso... Até que, passando por um viaduto, na entrada da cidade, reconheço surpresa as “palavras de Gentileza”. Uma melodia soou na minha lembrança e silenciou o que escutava no fone de ouvido: “Apagaram tudo. Pintaram tudo de cinza. A palavra no muro ficou coberta de tinta.” Veio direto do disco de Marisa Monte que gravei em fita cassete quando era adolescente. O nome da música, “Gentileza”. Conhecia, aos treze anos de idade, parte da história de um homem-profeta que escrevia “pelas ruas da cidade”. No caminho para o Congresso, ao ver aquelas pilastras restauradas com tinta branca, verde, amarela e letras pretas do Profeta, pensei na indignação que deve ter sido quando “pintaram tudo de cinza”.

Fiquei imaginando o laborioso processo artístico daquele homem de colorir a paisagem cinzenta do viaduto. Ele que recolheu das cinzas do incêndio do GranCircus Norte-Americano a inspiração para plantar um jardim e formar o “Paraíso Gentileza”. Esse circo funcionava em Niterói e no final do ano de 1961, pegou fogo. Morreram mais de quinhentas pessoas, a maioria, crianças. Dias depois dessa fatalidade, José Datrino, empresário carioca, de origem simples, paulista, decide abandonar o “capetalismo” e ouvindo “vozes astrais”, passa a dedicar-se a sua missão. Foi para o local da tragédia, fez de lá sua morada e seu local de trabalho, sendo um consolador voluntário dos familiares das vítimas do incêndio com suas palavras de amor e gentileza. Passou a ser conhecido como “José Agradecido” ou “Profeta Gentileza”.

Tornou-se também um andarilho. Espalhava suas palavras ao caminhar pela cidade, nos meios de transporte, principalmente nas barcas que fazem o percurso Rio-Niterói. Há quem diga que o profeta não era só amoroso. Às vezes ficava agressivo, fazendo medo nos transeuntes. Fez suas andanças pelo país afora. Foi em algumas cidades. Voltou ao Rio de Janeiro e decidiu registrar seus pensamentos no concreto⁴⁰. As pilastras do viaduto que via ao ir para o Congresso mais pareciam “tábuas da lei”, revelação divina,

⁴⁰ As fontes usadas para pesquisa sobre a história do Profeta Gentileza e suas obras foram basicamente duas páginas da internet. Um site que contém as frases do Profeta: www.riocomgentileza.com.br. A outra página online foi de uma seção de revista eletrônica: www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/gentileza-e-premonicao. Acesso em 13 de Maio de 2013.

código de conduta, denúncia, anúncio de um mundo delirante. Chama minha atenção como o Profeta dirige-se às autoridades. Havia naquelas letras um direcionamento, uma política.

Últimos suspiros do ano de 2012. Já eram meados do último mês do ano. Estava a caminho do CAPSi de Vitória/ES para compor o Núcleo Regional Preparatório⁴¹ para o CONCAPSi. Preparação e ação. Dava passos apressados de atraso e pensamentos acelerados. Apesar de um cansaço de final de ano, a ideia de um evento e a possibilidade de estar com pessoas para conversar sobre o campo no qual se encontra essa pesquisa, renovava as forças. Um abastecimento para o ano próximo. Ia pensando no caminho, eu que já havia lido a Carta Convocatória do Congresso, que aquele Núcleo a se formar não era só preparatório. Já era entrar no funcionamento do próprio Congresso e do que se deseja enquanto trabalho em rede: inter-ação. Encarava a oportunidade de discutir as práticas empreendidas no campo da atenção psicossocial a nível regional como uma ação neste campo. Ação esta que poderia produzir um modo de funcionamento em roda, ou seja, circulando ideias, palavras, afetos, responsabilidades, experiências. Nesse sentido, o Núcleo que tinha como prescrição elaborar sub-temas que animariam as rodas de conversa no CONCAPSi, poderia ir além do trabalho prescrito e se colocar outras tarefas.

Dos pensamentos que acompanhavam meus passos à caminho do CAPSi de Vitória/ES, alguns puderam se concretizar, ter algum registro coletivo, tal como as palavras de Gentileza no concreto. Com o Núcleo Preparatório foi possível fazer algumas discussões e outras tarefas não prescritas. No entanto, pensamentos concretizados não são idealizações. Essa experiência de poder estar “em roda” a nível regional teve seu limite com o término dos preparativos para o Congresso brasileiro. Passado esse tempo, o Núcleo Regional não mais se reuniu. O que impossibilitou recolher alguns efeitos desses encontros e traçar alguns caminhos possíveis.

⁴¹ Os Núcleos Regionais Preparatórios foram motivados a se formarem em cada região do país para indicarem os sub-temas para as rodas de conversa do Congresso. No Espírito Santo, foi formado um Núcleo convocado pelo CAPSi de Vitória/ES e composto por pessoas de diferentes instituições da capital e do município de Serra (Secretaria de Saúde – área técnica de Saúde Mental e CAPSi; Secretaria de Educação – Educação Especial; Hospital Universitário; Programas de Pós-graduações da Universidade Federal).

A outra grande tarefa que esse Núcleo se colocou na primeira reunião foi realizar um Seminário Estadual de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil⁴². Organizar um evento desenrolou em várias outras tarefas. O Seminário foi interessante pela possibilidade de reunir várias pessoas, de diversas instituições, de diferentes lugares do estado para discutir as práticas, trocar experiências, se conhecer. Por outro lado, organizar um evento fez com que as reuniões do Núcleo Regional fossem tomadas, muitas vezes, por tarefas burocráticas – o que diminuiu o tempo e a qualidade das discussões das práticas. Percebi, na maioria das vezes, esse Núcleo se colocando “tarefismos”: fazer listas, receber inscrições, providenciar passagens para os palestrantes, reservar salas e auditório, entre outros.

No entanto, na realização dessas atividades que poderiam ser vistas como superficiais e meramente burocráticas, era possível algumas discussões e problematizações. Como do levantamento das instituições que não poderiam deixar de participar deste Seminário por estarem em contato com crianças e adolescentes no trabalho cotidiano. Colocávamo-nos a pensar quais seriam essas instituições e nos surpreendemos ao nos depararmos com um grande número delas, não só na área da Saúde, como também da Assistência, Educação, Justiça, ONGs, Fóruns de discussão, Câmara de vereadores, Conselho Tutelar, Universidades. O levantamento de tais instituições indicava para nós um trabalho a ser realizado em rede. Ficava visível que essa rede é heterogênea e que os cuidados na Saúde Mental Infanto-juvenil não se restringiam somente à Saúde.

Chegado o dia do I Seminário de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil no ES. Dia intenso e de muitos trabalhos. As falas dos palestrantes foram provocativas⁴³. Traziam

⁴² O I Seminário de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil aconteceu no dia 28 de Fevereiro de 2013, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com o tema: “A rede intersetorial de assistência em Saúde Mental Infanto-juvenil no ES”. A programação foi dividida em duas palestras e debate no turno da manhã, grupos de trabalho no período da tarde e uma plenária final para apresentar as propostas feitas nos grupos. Os grupos de trabalho ocorreram simultaneamente e eram divididos em eixos temáticos: 1) Os desafios na implantação e implementação do CAPSi 2) A Clínica Ampliada no tratamento das psicoses infantis, álcool e drogas e dos desafios do tratamento do Autismo: juntos e misturados? 3) Participação Social: O fortalecimento e a organização das famílias e dos trabalhadores. 4) A construção da rede intersetorial de atenção à infância e adolescência. 5) Formação profissional, supervisão e pesquisa/produção de conhecimento. Foram, aproximadamente, 264 pessoas inscritas. Ver Tabela “Caracterização dos participantes do Seminário” (Anexo B).

⁴³ Os conferencistas foram: Maria Cristina Ventura Couto (Psicóloga e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB/UFRJ) e Luciano da Fonseca Elia

em seu conteúdo problematizações a respeito da função do CAPSi no território e os riscos desse dispositivo tornar-se um serviço especializado, elegendo um perfil de clientela e burocratizando-se. Apontavam que o CAPS tem uma dimensão política, não sendo estritamente técnico. O debate posterior às palestras, também foi rico e diverso. Uma usuária do CAPS II, do município da Serra, disse que a equipe deste CAPS tem sido “providencial” para ela. Ela também construiu uma crítica aos diagnósticos estigmatizantes: “é desestruturante ser tachada de esquizofrênica e delirante”. Uma mãe de um usuário de CAPS e militante no Núcleo da Luta Antimanicomial disse que sentiu falta de um evento como esse há 20 anos, quando seu filho era criança. Ela chamava atenção para não se esquecer dos familiares, pois são componentes que formam a rede de saberes, não tendo, muitas vezes, o saber científico, mas possuem o saber da experiência. Outra mãe, desta vez de um menino acompanhado pelo CAPSi, falou da dificuldade da escola em receber seu filho: “quando chega na escola, parece que tá colocando um saco de lixo na porta”. Uma psicóloga que atua na Atenção Básica de Saúde falou que sente o CAPS como uma “parede”. Ela entende que a relação entre Atenção Básica e CAPS poderia ser horizontalizada, com decisões coletivas, como fazer o projeto terapêutico singular em conjunto e compartilhado.

Também nos grupos de trabalho do Seminário estadual, muitos assuntos foram abordados e discutidos, cada grupo com um eixo temático. As propostas dos grupos foram lidas e aprovadas em Plenária, ao final do evento. Foi aprovada por unanimidade a criação de um Fórum de Saúde Mental Infanto-juvenil que fosse um espaço de discussão, de articulação da rede. De modo geral, não retirando a importância das discussões próprias de cada eixo temático, podemos dizer que os grupos apontaram para a importância de um trabalho articulado. Para tanto, fazem propostas como: criação de fóruns que sejam legitimados pelos gestores e garantidos em lei; participação de familiares, trabalhadores e usuários na formulação das políticas; melhor interlocução entre CAPS e Atenção Básica; fortalecimento de redes e de serviços estratégicos como os CAPS para que se enfrentem problemas como o uso abusivo de álcool e drogas por crianças e adolescentes; integração das políticas sociais (esporte, educação, lazer,

habitação, saúde); articulação entre os cursos de formação das universidades com os serviços e nas políticas públicas, com estágios e pesquisas.

Saio deste Seminário estadual, em preparação e no caminho para o CONCAPSi, com entusiasmo, mas pensativa. Fiquei a pensar o que faríamos com “aquilo tudo” e com a sensação de que “aproveitamos pouco” os momentos do Núcleo Regional dirigindo nossas ações para as tarefas burocráticas de organização de um Seminário. Esse meu pensamento foi adensado quando depois do Seminário, não conseguimos nos reunir para fazer uma avaliação do evento, traçar meios de convocar este Fórum de Saúde Mental Infanto-juvenil e pensar em outros encontros. Mas esse pensamento tornava-se mais leve quando me lembrava de uma cena do Seminário estadual. Ao final deste evento recebo um abraço de uma trabalhadora do campo da Saúde Mental e que fez parte do Núcleo. Ela me diz: “valeu pela parceria”. Eu que estava meio desanimada com minha constatação de “pouco proveito” desses momentos de discussão e de organização de um evento, escutei aquela frase de agradecimento e fiquei meditando nela. As palavras de gentileza me despertaram para os possíveis efeitos daqueles encontros sobre os quais não tinha controle, o que não significa que eles não possam ser mapeados.

Dizer que houve parceria nos encontros preparativos para o Seminário e para o Congresso foi um indicativo do que moveu aquelas reuniões e da maneira como íamos cuidando daqueles espaços de discussão e cumprimento de tarefas. Não tivemos a oportunidade de discutirmos, num momento posterior, sobre os temas levantados no Seminário. Mas com essa frase tive a indicação de que, junto com os temas suscitados, o modo de operar para suscitá-los também “valeu”. Esse modo é o da parceria de trabalho. O que não foi possível ter acesso por meio de uma “avaliação formal” do evento, fui capturando, rastreando, em palavras como esta que me alcançou com um abraço. Assim, fui preparada para o Congresso brasileiro: atenta para o que me apontava como pistas das práticas de cuidado e de construção de políticas públicas.

Último dia do CONCAPSi, metade do mês de Abril de 2013. Plenária Final. Ouvia atentamente as moções feitas por diferentes pessoas e entidades no decorrer do evento. Escuto e remeto-me à lembrança das mensagens nas pilastras do viaduto a caminho do local onde realizava-se o Congresso. Tal como as palavras do Profeta Gentileza dirigidas às autoridades, às pessoas que por ali circulavam, à humanidade, as moções do

Congresso soavam para mim como direcionamentos. Dirigidas a quem, a que? Não só a uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil, mas à defesa de uma vida sem aprisionamentos e de uma experiência humana articulada.

Em vários momentos do Congresso, os discursos eram dirigidos na tentativa de definição de um “campo da Atenção Psicossocial”. Esse empreendimento, às vezes, me assustava. Pensava: *Para que tanta definição? Demarcação de um território? Falamos em campo e esquecemos da dimensão de plano?*

A noção de campo carrega consigo as formulações lewinianas de campo dinâmico de forças que funciona como estrutura para a relação entre indivíduo e o meio ambiente (PASSOS; BARROS, 2000). Temos assim, um campo pronto, definido e estruturado onde o sujeito age. A noção de plano remete a coprodução de sujeito e mundo e ao atravessamento de componentes heterogêneos (teóricos, metodológicos, estéticos, políticos, libidinais) com os quais é impossível chegar a uma unidade/homogeneidade do campo. Tal noção de plano se constrói quando se aposta nas diferenciações das fronteiras que definem temporariamente um campo. Essa é a aposta transdisciplinar. Estar atento às naturalizações que o campo pode estar à mercê.

“Problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando- os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos, é a aposta transdisciplinar”. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 77).

Passos e Barros (2000) fazem o exercício de retomar as linhas de constituição da noção de “campo” na Psicologia para poder pensar o campo da clínica como transdisciplinar. Para tanto, os autores concebem a clínica como plano de intercessões, quando o que interessa são os processos de subjetivação e objetivação e não a relação entre sujeito e objeto. Nesse sentido, fazem também uma discussão sobre o processo de pesquisa no que ele reforça a noção de campo onde o pesquisador irá operar mudanças (pesquisa-ação) e, em outro sentido, no que esse processo de pesquisar implica em analisar as

múltiplas relações que compõem o campo, inclusive a relação do próprio pesquisador (pesquisa-intervenção).

“A pesquisa-intervenção, ou apenas a intervenção, como procedimento de aproximação com o campo, mostra-nos que ambos – pesquisador e pesquisado, ou seja sujeito e objeto do conhecimento – se constituem no mesmo momento, no mesmo processo. Como vimos, a pesquisa-ação “articula” pesquisador e campo de pesquisa, portanto, sujeito e objeto, mas ainda os mantém como dois pólos de uma relação”. (PASSOS; BARROS, 2000, p.73).

Quando, em alguns momentos do CONCAPSi, sentia essa busca por uma definição do “campo da Atenção Psicossocial” ficava a pensar nos possíveis riscos da especialização e do domínio de um certo modo de estar neste campo. Além disso, no possível apagamento das diferentes práticas que produzem este campo e na tentativa de homogeneizar as ações⁴⁴. Em um desses “debates definitórios”, tocou-me uma fala vinda de uma Mesa Plenária que dizia mais ou menos assim: *Não há nada de teórico que nos define, o que nos define é um eixo ético de que a experiência humana é fundada na noção de sujeito e não de comportamento ou de inconsciente. Um sujeito em articulação com o mundo concreto*⁴⁵.

Essa definição parecia-me que abria a discussão, ao invés de delimitar. Ainda está fundamentada em uma noção de que há um sujeito que se articula com um mundo, sendo sujeito e mundo dados *a priori*. Mas tal definição poderia partir do processo de articulação e não dos elementos que se articulam. Não seria mais o que articula sujeito e mundo como dois pólos da relação, tal como na pesquisa-ação que concebe a articulação do pesquisador e campo de pesquisa. Partindo da articulação como processo

⁴⁴ Um desses perigos compareceu na fala de uma profissional que trabalha em um CAPS do Rio de Janeiro e que se colocou dizendo sentir muita dificuldade de entrar nesse campo da Saúde Mental. Remete essa dificuldade ao fato de não ser do “campo psi” e se deparar com um “dialetos psicanalítico” que não consegue acessar e fazer uso.

⁴⁵ Essa ideia foi desenvolvida pelo professor e pesquisador do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) Benilton Bezerra Júnior, no primeiro dia do Congresso (10 de Abril de 2013), na Mesa Plenária I, cujo tema era “O lugar da atenção psicossocial no SUS”.

de subjetivação e de objetivação, vislumbra uma possível dimensão de plano de constituição das realidades, de desnaturalizações.

Apesar do meu estranhamento da “sede de definição”, entendia tal avidez quando eram levantadas, no Congresso, realidades que faziam desmoronar um campo e brechar a passagem de um plano possível. Situações em que era destruído um trabalho formado em anos de labuta. Não se trata de desterritorializações que forçam a desnaturalização de algumas práticas e invenção de outras. Diz respeito ao perigo da linha de fuga ser operada por uma máquina de guerra e virar linha de abolição⁴⁶. Pego somente duas dessas situações, mas todas eram muito angustiantes de serem ouvidas e eu ouvi em vários cantos do Congresso – nas mesas redondas, nas rodas de conversa, nos pôsteres, nas caminhadas para tomar um café... Pego duas: O projeto de lei 7663/2010 e a situação da Rede de Saúde Mental de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.

Nova Iguaçu entra aqui nesta narrativa como um município que atualiza as práticas em curso de várias cidades do Brasil. Diferentes realidades que também compareceram no CONCAPSi. Políticas de governo que pretendem se impor à revelia de tudo que já foi construído, inclusive desmoronando princípios do SUS e conquistas da Reforma Psiquiátrica. A fala de trabalhadores da Rede de Saúde Mental de Nova Iguaçu trouxe para o CONCAPSi uma cena lamentável: uma gestão de saúde mental que acabou com as reuniões de equipe, com as supervisões clínico-institucionais, que adotou uma política de demissão de quem se opusesse às ações da *superintendente* de saúde mental - grife-se o termo. Um indicador já avaliativo dessa gestão é que o número de internações psiquiátricas aumentou consideravelmente. Uma trabalhadora relatou no grupo de email “capsinareforma” – grupo este que disparou e deu continuidade às discussões do CONCAPSi – a fala da superintendente em uma reunião pública: “*Primeiro eu interno, depois eu penso. Quem decide sou eu*”. Apesar de saírem da boca de uma gestora de saúde mental, essas frases não se sustentam somente na sua pronúncia. Elas fazem eco e ganham sustentação em uma política que toma o cuidado como tutelador e higienista. Frases que ecoam na Câmara dos Deputados e ganham espaço em Projeto de Lei como o PL 7663/2010, que propõe alteração na Política Nacional sobre Drogas. O direcionamento de cuidado proposto por este projeto para os usuários ou dependentes de

⁴⁶ Essa ideia será desenvolvida mais adiante no texto, na “Pista 3” da construção de políticas públicas.

drogas privilegia a internação, dispõe em favor das entidades privadas de tratamento e acentua a criminalização sobre os usuários.

Tanto as frases da superintendente de saúde mental quanto as proposições desse projeto de lei “*pintam de cinza*” as palavras da Reforma Psiquiátrica, dos princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Psicossocial, enfim, de “*um mundo sem manicômios*”. Mas não pintam todas as palavras. Existem as que conseguem escapar, bifurcar, perfurar a tinta cinza em força de canto e alcançar os ouvidos ainda não ensurdecidos. Nesse intuito, ultrapassamos os portões da UERJ e fomos em direção à rua em “Passeato”. Para mim, o momento mais forte do Congresso. Como o Profeta Gentileza, saímos pelas ruas entoando palavras, cantando paródias que anunciavam o que queremos e denunciavam o que não pactuamos. Paramos o trânsito. Eu, parada no engarrafamento, lia as “palavras de Gentileza”. Agora ajudava a parar os “*apressados pelas ruas da cidade*” que mereciam ouvir as letras das paródias que entoávamos:

“Não, não adianta não. A internação não é solução.”

“Ei, você aí! Nós temos CAPS sim! Nós temos CAPS sim! Não vai dá, não vai dá não, a internação não é a solução. Você vai ver temos CAPS ad. Me dá, me dá, me dá, oi, me dá uma verba aé!”

“Se você pensa que internar resolve, internar não resolve não. Internar mascara o problema e aumenta a segregação”.

O Passeato tornou-se o momento do Congresso em que a participação dos usuários dos dispositivos de saúde mental foi nítida. Quando vamos para a rua, eles comparecem. Saem do CAPSad de Vila Isabel e tocam na bandinha dando ritmo mais concatenado e envolvente para as paródias de marchinhas de carnaval. Um Congresso que vai para as ruas, ritmado pelos diversos tons de trabalhadores, usuários, gestores. Movido por angústias, felicidades, expectativas, concretude do cotidiano. Sediado em uma Universidade, mas muito longe da pretensão de neutralidade e imparcialidade científicas.

A presença maciça de trabalhadores do campo da Saúde Mental de crianças e adolescentes (e de outros campos) enriqueceu as discussões com suas experiências. O que fez “passar longe” um discurso hermenêutico universitário. A participação dos trabalhadores, usuários e gestores neste evento, assim como a presença de movimentos sociais e os direcionamentos políticos visto nas moções e nos debates analisadores, podem ser entendidos como a “tríplice inclusão” de que fala a política nacional de humanização em saúde (PNH). Barros e Passos (2005b) tratam a política de humanização não como um “programa” a ser implantado nas instituições de saúde. Os autores apontam a humanização como dimensão pública das políticas saúde. Essa dimensão pública não é garantida na política estatal e exige um trabalho de conexão com as práticas cotidianas dos serviços de saúde, com os operadores do cuidado. Para tanto, a PNH tem como método a “inclusão” para produzir essas conexões.

“Por método entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um “método de tríplice inclusão”: - **inclusão dos diferentes sujeitos** (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas; - **inclusão dos analisadores sociais** ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises. - **inclusão do coletivo** seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer; fomento das redes.” (Brasil, 2007, p. 24 – 25, grifos nossos)

A PNH nos interessa pelo entendimento que se tem de políticas públicas. O método da inclusão é o caminho para o fomento da dimensão pública da política. Como incluir? Como convocar diferentes agentes do cuidado para um debate público sobre as práticas cotidianas? Quais meios e dispositivos usar para que essa inclusão efetivamente aconteça? Vemos que o “Passeato” foi o momento em que houve uma presença maior dos usuários de um dispositivo da Saúde Mental. Isso nos indica que a inclusão nem sempre se dá no formato “roda de discussão” ou em conferências. Por outro lado, usuários também fizeram presença e falaram no debate após as palestras no Seminário

estadual. Isso nos indica uma desestabilização de “lugares-comuns”. A separação de lugares e formatos (do tipo: palestras para os trabalhadores e “passeatos” para incluir usuários) não amplia a inclusão, apenas restringe. A grande quantidade de trabalhadores em um Congresso na Universidade também evidencia uma ampliação da inclusão. Assim como significa uma intervenção na própria Universidade deparando-se com suas fronteiras científicas que podem funcionar como cordões de isolamento de todo o resto da cidade. Seria isso possível? A narrativa do Congresso mostra o contrário. Misturamos as Palavras de Gentileza, que estão “*pelas ruas da cidade*” às moções e debates do CONCAPSi. Resta-nos problematizar: *O que convoca diferentes operadores do cuidado para discussão das práticas? Como convoca? A quem convoca?*

4.2 Das Convocações

O Congresso, e os preparativos em torno dele, foram momentos oportunos em que as práticas do campo da Atenção Psicossocial puderam ser discutidas e analisadas em um debate aberto e público, não sem uma orientação clara. A orientação, desde a Carta Convocatória do Congresso brasileiro – que também teve efeitos no Seminário estadual – é de um trabalho coletivo. Estava publicizada, assim, qual era a política que norteava as ações em torno e neste Congresso. Política esta muito afinada com o desejo de uma “intersectorialidade” no campo de atenção e preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil (BRASIL, 2005). Desse modo, “campo de atuação” e “congresso” não teria uma distância, pois partem do mesmo princípio: o da *inter-ação*. Não caberia mais tomar o Congresso como um momento de “parar e pensar” no que estamos fazendo, pois o modo de funcionamento que é colocado como direção para as discussões opera tal como se deseja o funcionamento nos serviços, na rede, no manejo dos casos, na construção das políticas. Pensa-se fazendo. Faz-se pensando. A Convocação parecia partir dessa postura.

“Há muito que os profissionais engajados no trabalho da rede de atenção psicossocial infantil e juvenil no Brasil anseiam por um encontro nacional no qual possam discutir com seus pares a sua prática: feitos, impasses, desafios,

agruras, espinhos, frutos. Um trabalho como este é, a um só tempo, difícil, angustiante, espinhoso, entusiasmante e fascinante. Coloca permanentemente à prova a capacidade inventiva de cada um, no sentido de criar, no calor da hora e sem ensaio prévio, soluções para o que parece insolúvel. Mas por isso mesmo exige direção de trabalho: princípios, diretrizes, eixos e, enfaticamente, rede! Parceria é a palavra-chave, e palavra de ordem. As ações conjuntas, conjugadas, as inter-ações, são o norte do trabalho, que exige alteridade, laço, elo, relação. Na lógica do “eu sozinho decido”, do “meu serviço resolve”, do “meu setor dá conta”, o naufrágio é certo. Por isso um Congresso Brasileiro de CAPSi é mais que oportuno, necessário, desejado, exigível. Seu lugar está desenhado no mapa do campo, só nos resta realizá-lo. E por que um Congresso de CAPSi? Exatamente para expressar, desde a própria denominação do título do congresso, uma concepção e uma lógica: a lógica de rede, de enlace, de articulação. Se CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil e juvenil não significar em seus próprios termos esta concepção coletiva, intersetorial, inter-equipamentos, social, então ele não significará mais nada. Não lhe cabe uma concepção banal, de um mero serviço *a mais*, e, menos ainda, a de um serviço especializado. A condição da especialidade não lhe convém porque ele é o polo de encarnação territorial de uma política pública, e esta política é essencialmente aberta à diversidade, à inclusão radical da loucura e da diferença no seio do tecido social. É a política que rege e resulta, a um só tempo, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus princípios anti-manicomiais. Em um momento no qual a gestão pública direta da saúde mental se vê atravessada por enormes desafios (a imixão das OS, as políticas anti-drogas, o lugar da saúde mental na atenção básica), pareceu-nos que a Universidade Pública, em sua função de parceira da sociedade e das instâncias gestoras em todos os níveis (federal, estadual e municipal), poderia e deveria assumir a dianteira na proposta de realização de um **Congresso Brasileiro de CAPSi**. Trata-se de introduzir mediação ali onde ela falta. (...) (Trecho da Convocatória para o I Congresso Brasileiro de CAPSi – disponível em: <http://www.nuppsam.org/page29.php>)

Prezados colegas que atuam no campo da atenção psicossocial a crianças e adolescentes no Estado do Espírito Santo.

“Mobilizados pela convocação do I Congresso Brasileiro de CAPSi estamos aqui convidando a todos que atuam neste campo para iniciarmos atividades preparatórias a este importante evento, que vem oportunamente propiciar ocasião para discutirmos os amplos desafios que se colocam para todos nós. A atenção psicossocial a crianças e adolescentes nos coloca necessariamente no campo da intersectorialidade e nos leva a lidar com inúmeras situações para as quais não temos respostas e onde recursos padrão se mostram insuficientes. Nesses momentos se torna imperiosa a necessidade de compartilhar, não só responsabilidades, mas também o tanto de nosso afeto aqui mobilizado. Por este motivo, convidamos a todos para realização de encontros, trocas, debates que nos permitam construir nossa participação no Congresso Brasileiro de CAPSi, tomando esta ação como oportunidade para estarmos juntos e para trabalharmos as questões que aqui nos afetam e que certamente não são devidas apenas ao nosso contexto, mas sim atravessadas pelas grandes tensões presentes no cenário nacional, ainda que com características próprias e particulares de cada realidade local. (...) Este é o convite que lançamos, com a intenção de nos colocarmos como convocantes do I Congresso Brasileiro de CAPSi e, tão importante quanto, com a intenção de ampliarmos a interlocução local e nos unir aos movimentos e forças que

lutam pela manutenção e avanço das conquistas tão recentemente alcançadas no campo da saúde mental e já tão ameaçados!”(Trecho da Convocatória do Núcleo Preparatório Regional).

O trecho da Convocatória para ser formado o Núcleo Preparatório Regional expressa o quanto o CONCAPSi foi uma *“oportunidade”*, ou seja, *“que vem oportunamente propiciar ocasião para discutirmos os amplos desafios que se colocam para todos nós”*. Também na convocação para o Congresso nacional, está colocado o objetivo dessa ocasião na qual *“possam discutir com seus pares a sua prática: feitos, impasses, desafios, agruras, espinhos, frutos”*. Esse momento oportuno se faz, justamente, em um tempo de risco de dissolução de alguns equipamentos e ideias do campo da Atenção Psicossocial, *“tão recentemente alcançadas no campo da saúde mental e já tão ameaçados!”*. Interessante a clareza de que as questões levantadas a nível local, com suas especificidades regionais, não são particulares ao Espírito Santo, mas são atravessadas por tensões do cenário nacional. Desse modo, estamos avisados de que se trata de políticas em curso que produzem um modo de agir com meninos e meninas na Saúde Mental e em todos os outros campos (Educação, Justiça, Assistência Social, Lazer, Esporte).

Há, então, um “problema do presente” que tem força para convocar os operadores do cuidado para discutirem sobre as práticas empreendidas em campo. Há um “fato da atualidade”⁴⁷ em que várias práticas de cuidado na Saúde Mental estão sendo colocadas em questão. Esse momento propicia e oportuniza o debate. E a convocação para incluir os diferentes agentes do cuidado nas discussões sobre suas práticas faz-se disparando o debate.

A carta convocatória do CONCAPSi aborda discussões caras para o campo da Atenção Psicossocial. Uma delas é a função do CAPSi, que não é de ser um serviço especializado, mas que encarnasse a *“lógica de rede”*. Outra discussão é o momento atual da gestão pública em saúde atravessada por desafios como as políticas antidrogas,

⁴⁷ Termo usado por Foucault (2003) para se referir a uma das razões que o faz escolher a temática do aprisionamento como prática para punir. Coloca que em diferentes lugares, vários aspectos do sistema penal estavam sendo questionados. Esse era um “problema do presente” que mobilizava uma discussão a respeito do internamento como punição.

que privilegiam as interações e criminalizam os sujeitos. Um último item abordado, mas que não encerra as discussões é sobre a função da Universidade. Tal instituição é colocada como “*parceira da sociedade e das instâncias gestoras em todos os níveis (federal, estadual e municipal)*” e não como *lócus* privilegiado de produção de saber.

Nota-se que, com esses temas abordados na Convocatória, começa-se a inclusão dos analisadores que provocam fissuras e problematizações no campo das práticas em Saúde Mental Infanto-juvenil. Poderíamos dizer que as análises foram disparadas pelas perguntas: Qual a função do CAPSi na rede de cuidados? O que é fazer política pública no cenário atual? Qual a função da Universidade nesse debate? Temos, assim, o momento da convocação como inclusão dos analisadores, das práticas cotidianas, das políticas em curso. Apontar para essas políticas/práticas do campo de atuação de trabalhadores, gestores, estudantes, usuários, familiares é convoca-los a partir do que exerce força no cotidiano. As problematizações colocam-se como desafiantes e provocantes, o que pode disparar um movimento de discussão e produção de outras práticas. A convocação tem como matéria-prima a concretude das relações de saúde, de trabalho, de produção de conhecimento e tantos outros vetores presentes no campo. Trata-se de convocar para transformações nas práticas de saúde, que se faz transformando-se os sujeitos. Esta é uma das pistas que se mostra para nós com a montagem da narrativa do Caso Congresso. Indicação para a construção de políticas públicas não somente no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil, mas que atravessa todas as práticas de produção em saúde. Nesse sentido, mais uma vez, estamos na direção do que preconiza a PNH ao colocar a humanização como política transversal na rede SUS, apostando na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre clínica e política. (BRASIL, 2009).

4.3 No caminho, ao caminhar. Pistas para a construção de políticas públicas de Saúde Mental Infanto-juvenil.

Com a montagem do “Caso Congresso” foi possível cartografar algumas discussões que emergem no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. Campo este circunscrito, com orientações e diretrizes que proporcionam uma continuidade das ações. Junto ao campo, apontamos para a noção de plano que guarda as perturbações que o campo possa sofrer em seus limites e, assim, redefinir as práticas que o constitui, em uma aposta transdisciplinar (Passos e Benevides, 2000). A noção de plano também nos remete a uma discussão a respeito da produção de conhecimento por meio de um processo de investigação que concebe a produção conjunta de pesquisador e campo de pesquisa. Nesse sentido, a montagem da narrativa do “Caso Congresso” não é para ser uma representação de um campo dado, seja ele o da “Atenção Psicossocial” e/ou da “Saúde Mental Infanto-juvenil”. O que empreendemos é a montagem também deste campo à medida que ele é narrado.

Vimos que o ponto de partida para o Congresso, que significou um “*momento oportuno*” para o debate, é o trabalho em rede, as interações. Esse também foi o modo de funcionamento do Congresso, o que proporcionou discussões heterogêneas e a inclusão dos diferentes agentes implicados nas práticas de cuidado, dos analisadores sociais que desestabilizam um certo do modo de cuidar e a inclusão dos movimentos coletivos, ou seja, tudo isso não se faz de maneira individual, e sim construído coletivamente. Dissemos que essa é a “tríplice inclusão” preconizada pela PNH como método, ou seja, um *modo de caminhar* para a construção de políticas que sejam públicas - inclusão dos analisadores, dos sujeitos (usuários, gestores e trabalhadores) e dos movimentos sociais (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, afirmamos que a construção de políticas públicas não almeja chegar a uma meta definitiva, seja a implantação de um serviço como o CAPS, seja na promulgação de uma lei, como a Lei 10.216/2001, que trata dos direitos dos portadores de transtorno mental. Não descartando esses marcos legais e de assistência, apostamos em uma construção diária das políticas, no cotidiano dos serviços, na inter-ação dos agentes do cuidado, na rede de saberes, na montagem dos casos, enfim, nas práticas de cuidado. Com isso queremos dizer que políticas se fazem *no caminho, ao caminhar*. Esse processo de andanças é contínuo e não tem fim. Podemos estabelecer pontos de chegada, de partida, de descanso, de vislumbre, de cansaço – mas ainda sim, *no*

caminho. Sendo o caminho não dado *a priori* e sim formado com o ato de caminhar. Temos algumas pistas, bússolas, nortes que nos orientam. Orientação provisória e local.

É caminhando que colhemos os efeitos das andanças, traçamos outros caminhos, pegamos atalhos, damos voltas, corremos, andamos devagar, espalhamos palavras, cantos, abraços, discussões, debates, expectativas, frustrações, realizações. Tal como o Profeta Gentileza andando e falando das mazelas do mundo e concebendo um mundo singular, fazer políticas públicas é estar caminhando, singularizando os passos, usando de mapas provisórios, concebendo um caminho. O comportamento de andarilho do Profeta foi visto, dentro de um diagnóstico de esquizofrenia, como falta de orientação espacial e perda. Ampliando mais o olhar, usando de outras lentes sem ser a da esquizofrenia diagnosticada, poderíamos pensar as andanças de Gentileza como construindo um caminho, fazendo suas conexões. As pilastras que ele pintou com suas palavras, poderiam ser as orientações nesse caminho. As pilastras no viaduto são como que lembretes para o que é preciso cultivar para um mundo em que “*gentileza gera gentileza*”, frase consagrada do Profeta.

Tomamos essa ideia das pilastras para falarmos de pistas para o cultivo de políticas públicas. Nesse sentido, tentamos desenhar como fez o andarilho Gentileza no viaduto, marcos orientadores desse “caminhar construindo políticas”. Não são prescrições endurecidas. Muito mais se aproxima de um *modo de caminhar* olhando para três pilares, que para nós, fundam esse modo. São eles: 1) Conceber as práticas de cuidado como políticas. 2) Um trabalho articulado, feito de conexões. 3) Mapear quais tipos de linhas constituem as políticas, seus perigos e potências.

Passamos a desenvolver tais pistas.

PISTA 1: A afirmação de que as práticas de cuidado são políticas, ou seja, são ações direcionadas. A partir dessa concepção, não mais entendemos as práticas como necessárias e naturais ao campo. Pelo contrário. Junto ao campo, há a dimensão do plano que é a força constituinte dos processos. A desnaturalização e a historização das práticas com o reconhecimento de que elas são políticas, ou seja, produzidas e orientadas, é o que proporciona o debate. Só faz sentido problematizar e discutir as práticas se se reconhece que elas são dinâmicas, produzidas e que possuem um sentido.

Foucault (2003) coloca que as práticas são “o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (Foucault, 2003, p. 338). Tendo esta clareza de que as regras, as evidências, as razões são construídas e orientadas, é possível reinventá-las, promover torções, colocar questões, problematiza-las. De todo modo, estaremos produzindo políticas. Nossas ações sempre possuem um sentido. Resta saber qual o sentido e o que é produzido para, então, afirmamos um e/ou outro.

E o sentido que queremos afirmar é a construção de políticas públicas, ou seja, políticas que fomentem a dimensão pública. Desse modo, apostamos junto com Barros e Passos (2005b), que políticas públicas não se esgotam nas políticas de Estado, mas está em contínuo processo de conexão com os diferentes agentes do/no campo. E qual a via para se efetivar tais conexões? Chegamos, assim, na segunda pista que é o trabalho articulado como passagem para as conexões.

PISTA 2: A experiência de um trabalho articulado compareceu em vários momentos do Congresso brasileiro, das discussões no Núcleo Regional e no Seminário estadual. Foi essa experiência que também convocou como ponto de partida para os trabalhos do CONCAPSi e do Núcleo Regional. No Seminário estadual, ela compareceu em propostas e colocações: a construção de um Fórum de Saúde Mental Infanto-juvenil; o reconhecimento das diversas instituições que cuidam de crianças e adolescentes; a rede de saberes composta por familiares, como colocou uma mãe de um usuário do CAPS, no debate. Essa experiência de um trabalho articulado também compareceu em palavras diferentes, mas que apontam para esse sentido da articulação: parceria, rede, inter-ações, alteridade, compartilhar, relação, intersetorialidade.

Um trabalho articulado que não é só um modo de ação no “campo da Atenção Psicossocial”, mas uma maneira de conceber o viver como uma articulação de sujeito e mundo que produz ambos ao mesmo tempo. Dissemos que essa definição escutada em uma Mesa Plenária do Congresso nos remete a uma noção de plano de produção de realidades em uma aposta transdisciplinar. Nesse sentido, “nomatizar as fronteiras” do campo (PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 77) pode fazer com ele se transforme e que sejam inventados outros modos de ação. A noção de plano vem nos lembrar de que o campo é constituído pelas conexões de elementos heterogêneos em uma instabilidade

própria, por isso, a impossibilidade de homogeneizar as ações. Analisar tais conexões pode favorecer um trabalho articulado no sentido de construir políticas públicas, ou seja, fomentar a dimensão pública da política. A pergunta “*O que as conexões estão produzindo?*” pode ser um norte para uma direção pública das políticas. Vimos, por exemplo, que a conexão de um “modo Universidade” + Trabalhadores convocados e convocantes pôde produzir um Congresso. A conexão Passeato + Congresso proporcionou grande presença de usuários. Apontamos para conexões entre dois elementos, mas sem esquecer de que cada conexão desta tem múltiplos elementos e conexões outras, podendo construir uma cartografia. Olhar e analisa-las pode favorecer uma experiência de trabalho articulado. Experiência esta que não é idealizada e sim construída na imanência das conexões.

Pode haver uma idealização de um trabalho em rede, articulado, como reunião de muitas pessoas, sentadas em roda para discutir e analisar as práticas. Isso, concretamente, pode acontecer. Mas, nem sempre. E quando não acontece, não se trata de um déficit ou de “pouco proveito” – a sensação que fiquei ao fim dos trabalhos do Núcleo Preparatório Regional. Para não ser capturado por essas idealizações, olhar e analisar as conexões pode ajudar. O que estava operando as conexões naquele momento de reuniões do Núcleo e que depois deixaram de atuar? Que conexões foram estabelecidas? Que elementos estavam em jogo? Tais problematizações podem ser recursos para as ações no campo, ações articuladas. Articulações.

No entanto, nem só de conexões potentes vive o campo. Com isso queremos dizer que há elementos diferentes conectados que ao invés de dar passagem para um trabalho articulado, elas brecam esse movimento. Por isso, faz parte do trabalho de cartografia das conexões mapear os perigos de um campo desmoronar e ter diminuídas as suas forças de invenção. Faz parte também deste trabalho cartografar as conexões potentes, ou seja, aquelas que reavivam a dimensão pública da política e traçam um trabalho articulado. Partimos para a terceira e última pista.

PISTA 3: Para falar dessa pista, que é de mapear os perigos que brecam a passagem de um trabalho articulado e as conexões potentes que fomentam a dimensão pública das políticas, recorreremos a uma imagem deleuziana das linhas. Deleuze (1998) coloca que todos nós (indivíduos, grupos, instituições) somos feitos de linhas que produzem,

direcionam e funcionam em uma multiplicidade e no agenciamento entre elas. Essas linhas são de dois tipos: linhas de segmentaridade (duras ou flexíveis) e linhas de fuga. As linhas funcionam numa multiplicidade e no agenciamento entre elas. Não é possível prever quais linhas vão funcionar como duras, flexíveis ou de fuga. São sempre experimentações. Políticas são experimentações. Deleuze (1998) coloca que o trabalho de cartografia é o estudo das linhas. Os questionamentos do cartógrafo são: *Quais as linhas? Quais os perigos que elas produzem?*

As linhas de segmentaridade dura ou linha molar são as que traçam os segmentos (raça, classe, idade, lugar). Poderíamos apontar para as diretrizes, portarias e leis como linhas molares, já que contornam um campo/segmento, podendo até nomeá-lo, como o “campo da Atenção Psicossocial”. A linha molar tem a função de estabilizar provisoriamente e garantir uma permanência das práticas. Ela tem o perigo da rigidez, ou seja, tornar-se natural e perder seu processo de produção. Quando isso acontece, Deleuze (1998) coloca que é preciso prudência para manejar as linhas molares, porque já estão cristalizadas. Suspendê-las sem nos destruir precisa de um longo trabalho não só contra o Estado, mas sobre si.

Um projeto de lei como do deputado Osmar Terra (PL 7663/2010) traça uma linha de segmentaridade que produz um campo endurecido na medida em que restringe o cuidado ao ato de internar e criminaliza a questão das drogas, individualizando uma problemática coletiva. Outras tantas linhas molares que se cristalizaram poderíamos retomar do “Caso Congresso”. A fala da usuária de um CAPS no Seminário estadual dizendo que o diagnóstico que recebeu foi para ela uma experiência “*desestruturante*”. Uma linha que oferece um contorno, estabelece um segmento e orienta uma ação, como poderia ser o diagnóstico tornou-se linha endurecida e estigmatizadora. “(...) *ser tachada de esquizofrênica e delirante*”, como colocou a usuária, foi também restringir o cuidado para contornos individualizantes. Diminuir a abertura para as articulações e tornar restritas as práticas de cuidado são efeitos das linhas molares cristalizadas, como as linhas que traçam contornos dos serviços e que diminuem a possibilidade de conexões. Vimos também no Seminário estadual comparecerem tais linhas quando se falava, por exemplo, da relação da Atenção Básica com o CAPSi. A visão deste dispositivo como uma “*parede*” por uma profissional da Atenção Básica mostra uma

possível linha divisória erguida na rigidez da separação entre um serviço e outro. A sensação da mãe de um usuário do CAPSi de que ao levar o filho para a escola, sente que esta instituição recebe o menino como um “*saco de lixo na porta*” também aponta para uma linha que define os contornos da escola a partir dos quais nem todos os meninos e as meninas são bem recebidos. Mais uma vez, restrição do cuidado, eleição de uma forma restrita de cuidar, diminuição das possibilidades de conexão.

No entanto, isso não é totalitário. Existem as linhas que instauram limiares através de movimentos nesses segmentos que podem estar endurecidos. São as linhas flexíveis ou linhas moleculares (DELEUZE, 1998). É a inserção do devir naquilo que se parecia natural e eterno. As linhas moleculares fazem correr entre os segmentos não se prendendo em nenhum e disparando fluxos de desterritorialização. Desterritorializar a escola, o CAPSi, a Atenção Básica, o diagnóstico, é instaurar movimento e dar passagem para outras conexões, ampliando o cuidado. Esse movimento das linhas moleculares podem ser operadas pelos analisadores. Estes disparam as problematizações, além de terem força de convocação para o debate e a discussão das práticas, como vimos no “Caso Congresso”. Problematizar a função dos dispositivos, dos diagnósticos, enfim, das práticas de cuidado, é um meio de inventá-las.

As linhas moleculares, então, instauram mudanças. O seu perigo, segundo Deleuze (1998), é a caída em buracos negros. A mudança pode ser tão intensa e brusca que o efeito é cair em locais de onde não se consegue sair. Intensidade perigosa que não pode ser suportada. Nem toda mudança proporciona a inventividade das práticas de cuidado e o cultivo de um trabalho articulado. Na montagem do Caso Congresso, vimos que uma mudança de gestão em um município do Rio de Janeiro proporcionou muito mais um trabalho endurecido do que articulado. Linha molecular traçada e que rapidamente territorializou em um segmento endurecido. Grande parte do material que compunha aquele território foi abolido: reuniões de equipe, supervisões clínico-institucionais, profissionais que se opusesse a “nova” política. Uma mudança operada pela máquina de governo que fez abolir um campo construído e que caiu em uma configuração difícil de sair dela, tal como um buraco negro. Configuração esta também segmentarizada e endurecida. Caída em buraco negro, segmentarizar de forma endurecida e abolição do que se tinha são os perigos das linhas de fuga.

Para Deleuze (1998), as linhas de fuga são a origem e o destino das duas outras linhas, sempre ao acaso e traçando movimentos de dissolução de segmentos e limiars. Elas são primeiras, não no sentido cronológico, mas porque são o intempestivo. Não é nem segmento, nem fluxo. Linha abstrata, puro movimento. É no jogo entre os segmentos e limiars que pode acontecer que algo se passe e se produza que é da ordem de uma efetiva fuga do território. Esse movimento exige criação. É potencial para a invenção. Além dos perigos de serem barradas, ou seja, segmentarizadas e/ou precipitarem em buracos negros, elas podem virar linhas de abolição, quando é traçada por uma máquina de guerra tendo efeitos destrutivos. Daí é preciso manejá-las para um arranjo produtivo, criando alguma conexão para que possa consistir em algo, criar um plano de consistência.

Parece que essa experiência vivida em vários municípios do Brasil, de desmoronar uma política construída no trabalho coletivo, aproxima-se dessa linha da abolição, que ao invés de instaurar uma inventividade junto ao campo – o que seria possível com a passagem da linha de fuga – faz desse campo em pedaços. Montar outro arranjo fica como tarefa. Nem um campo definido e engessado, nem a abolição de um campo. Apontamos para o movimento de construção de políticas públicas, para as conexões de um trabalho articulado, para a cartografia das linhas com seus perigos e potências, para as práticas de cuidado inventadas na lida com meninos e meninas no campo da Saúde Mental.

Cultivar as ações, criar dispositivos e redes, garantir recursos necessários, são meios para que as políticas de cuidado em Saúde Mental com crianças e adolescentes não desvançam a cada política de governo. Junto a esses meios, que proporcionam uma continuidade das ações, há uma descontinuidade. Uma abertura para o novo, para a invenção das práticas, para o manejo dos casos, para a gestão do próprio trabalho pelos profissionais, para a gestão da vida pelos sujeitos envolvidos, para a coletivização das ações.

Apostamos que uma política de Saúde Mental para crianças e adolescentes está em acabamento constante quando afirmamos que ela não está dada na política de Estado. Uma política pública se faz na concretude das relações cotidianas. As práticas de cuidado são renovadas no imprevisto, tornando difícil uma direção única e definitiva da

ação de cuidar. Essa impermanência pode convocar ao trabalho coletivo, à mobilização das pessoas, às soluções tomadas em conjunto, entre profissionais, entre profissionais e usuários, envolvendo diversos equipamentos. Esse trabalho coletivo é o que fortalece a política, que dá vigor a ela e que pode garantir sua permanência. Chegamos, assim, a um ponto paradoxal das políticas: elas permanecem na impermanência.

Dentro da proposta maior deste trabalho, que é de analisar as políticas de cuidado no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil, narrar a experiência do Congresso possibilitou vislumbrar algumas discussões atuais a respeito das práticas nesse campo e nos indicou algumas pistas para a construção de políticas públicas. A montagem da narrativa como um caso, o “Caso Congresso”, é no intuito de continuar afirmando os “ca(u)sos” pelo que eles atualizam das políticas e dão visibilidade às práticas de cuidado na Saúde Mental com crianças e adolescentes. E ainda, sua dimensão produtiva, ou seja, a construção do caso não enquanto “a verdade” e sim montado por uma política da narratividade que direciona essa produção. Trata-se, portanto, menos de um relato fidedigno do que foi este Congresso e mais de uma narrativa da experiência vivida com este evento.

Nesse sentido, menos importa contemplar uma quantidade máxima de assuntos e discussões que permearam os eventos (mas não deixamos de abordar alguns) e mais nos interessou apontar para a própria dinâmica disparada, que é de discussão e problematização das práticas. Afirmamos que a problematização das práticas é o que pode ter força de convocação para um debate público e tensionado pelos operadores do cuidado. Desse modo, é possível historicizar as práticas na medida em que elas comparecem como objeto de discussão e embate e não mais como naturais e necessárias. Acreditamos que a potência desses eventos esteja em disparar esse movimento. Fica o desafio de sustentar essa movimentação no cotidiano da construção de políticas públicas.

5 A montagem dos “ca(u)sos” em uma política da narratividade.

5.1 As práticas de escrita, um *ethos* de pesquisa.

*“Deste modo ou daquele modo,
Conforme calha ou não calha,
Podendo às vezes dizer o que penso,
E outras vezes dizendo-o mal e com misturas,
Vou escrevendo os meus versos sem querer,
Como se escrever não fosse uma coisa feita de gestos,
Como se escrever fosse uma coisa que me acontecesse
Como dar-me o sol de fora.
Procuro dizer o que sinto
Sem pensar em que o sinto.
Procuro encostar as palavras à ideia
E não precisar dum corredor
Do pensamento para as palavras”.*

(Alberto Caeiro, XLVI, O guardador de rebanhos).

Abro o capítulo com o trecho do poema de Alberto Caeiro, o poeta da Natureza, para fazer uma entrada nisso que é poder dizer da experiência do processo de feitura de uma pesquisa apostada em uma “narratividade”. Caeiro, persona construída por Fernando Pessoa, é um “guardador de rebanhos”, homem-natureza, que não acredita em metafísica, em filosofias e na “*constituição íntima das coisas*”. Sendo “*um animal humano que a Natureza produziu*”, esse homem rude e simples diz: “*Pensar é estar doente dos olhos*”. Em outro poema: “*E assim escrevo, querendo sentir a Natureza, nem sequer como um homem, mas como quem sente a Natureza, e mais nada*”.

Querer aproximar a análise de um processo de pesquisa com o escrever de Caeiro pode parecer uma ode ao “espontaneísmo”, “*escrevendo versos sem querer*”. Longe de querermos afirmar uma criação súbita das coisas, atentamos para a pista que o guardador de rebanhos nos oferece que é de um acontecimento-escrita. “*Como se escrever fosse uma coisa que me acontecesse*”, diz Caeiro. Chamamos atenção para o processo de escrita como produção do campo de pesquisa e como um modo de estar no campo. Portanto, falar da experiência da escrita é afirmar um *ethos* de pesquisa. Postura aberta para uma “acontecimentalização” do pesquisar, ou seja, para o que irrompe como

acontecimento, para o inesperado, para os desvios e as problematizações. “Acontecimento” no sentido foucaultiano, como uma ruptura em hábitos, como surgimento de uma singularidade, como o encontro com as conexões que em, um dado momento, formaram as habitualidades, as evidências (FOUCAULT, 2003). Traz, assim, os processos de montagem da realidade, provocando desnaturalizações.

Nesse sentido, apostamos em uma metodologia de pesquisa que considera o ato de pesquisar feito de composições várias: a produção de conhecimento, os encontros, as leituras, a escrita, as alianças, as parcerias. A investigação, assim, não foi de verificar uma hipótese no campo de pesquisa ou de cumprir metas estabelecidas. A direção foi outra: a de estar disponível para os encontros com o campo, produzindo-o ao mesmo tempo. Nesse sentido, estamos afinados com uma proposta cartográfica de apostar em uma metodologia que se faz na processualidade da pesquisa. Está colocada, assim, uma “reversão metodológica”:

“A metodologia, quando se impõe como palavra de ordem, define-se por regras previamente estabelecidas. Daí o sentido tradicional de metodologia que está impresso na própria etimologia da palavra: *metá-hódos*. Com essa direção, a pesquisa é definida como um caminho (*hódos*) predeterminado pelas metas dadas de partida. Por sua vez, a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*. Essa reversão consiste numa aposta na experimentação do pensamento - um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Com isso não se abre mão do rigor, mas esse é ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo, de que fala Canguilhem. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção”. (PASSOS; BARROS; ESCÓSSIA, 2009, pp 10-11)

A “reversão metodológica” abordada pelos autores traz como primazia da pesquisa o caminho a ser percorrido e não as metas que determinariam o traçado da investigação. Temos, assim, o caminho surgindo junto com as metas (*hódos-metá*), o que não significa falta de rigor e ausência de método. Sendo o método algum instrumento ou alguma ferramenta de experimentação desse caminho.

Neste trabalho, fizemos uso da montagem dos casos como uma forma de narrar as experiências de pesquisa. A escrita sendo um dos encontros que compõem a pesquisa. Momento de narrar as experiências em forma de texto. Não “*sem querer*”, mas em uma política da narratividade (PASSOS; BARROS, 2009) que tinha a montagem dos casos como um dispositivo que colocava em análise as práticas de cuidado na Saúde Mental Infanto-juvenil. Portanto, falar da escrita, ou seja, da construção das narrativas, é abordar ao mesmo tempo a metodologia de pesquisa e um *ethos* de pesquisa.

A política da narratividade constitui um problema metodológico no campo da pesquisa em saúde e na clínica (PASSOS; BARROS, 2009). Trata-se de uma posição narrativa articulada com as políticas em jogo – políticas de saúde, de produção científica, de subjetividade⁴⁸. Narrar é uma prática, uma política. A escolha do que se fala, como se diz, quem fala, onde fala. É uma posição em relação ao mundo e a si. Eleição de uma forma de expressão, que está implicada com outras políticas que configuram um arranjo de saber e de poder. Uma direção, logo, uma política da narratividade.

Mesmo tendo uma orientação clara que, de certo modo, conduzia a escrita, esta sempre *acontecía* na medida do narrar. “*Deste modo ou daquele modo, conforme calha ou não calha*”. Podemos dizer, assim, que a escrita produz o campo. A Saúde Mental Infanto-juvenil aqui abordada não é representação de uma realidade, de um campo homogêneo. Não se pretende uma revelação da verdade sobre a Saúde Mental de meninos e meninas no Brasil, em particular, no Espírito Santo.

“*E assim escrevo, querendo sentir a natureza (...)*”. A escrita para Caeiro é um modo de sentir a natureza e não uma maneira de retratar a realidade. Marcar com grafite o papel ou teclar as palavras na tela do computador não pretendia ser a re-constituição dos encontros e sim a produção dos mesmos. Da mesma forma, os contatos, as parcerias, os eventos não eram dados *a priori* ou estabelecidos por consentimentos. Eles também *aconteciam*. Estavam abertos para as composições de diferentes elementos que poderiam daí surgir, no inesperado dos acontecimentos.

⁴⁸ Passos e Barros (2009) entendem “políticas” como ações não restritas ao Estado. Os autores explodem a palavra pela sua etimologia. Politikós “diz respeito a tudo que se refere à cidade (polis), sendo a arte e ciência de governar o Estado um dos seus aspectos” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 151).

Chegar, sentar, escrever. As reverberações do encontro encontram-se com o texto. Deixá-lo descansar. A poeira baixar. Mexer de novo. Cortar. Acrescentar. Mudar a direção. Seguir outro caminho. Surpreender com o que vem depois da esquina. Inquietar-se com o que tem ares de repetição. De novo, de novo. O re-pentino. Desvanece uma trilha, surge outra. Voltar ao texto. Um parágrafo até o fim do dia. Uma enxurrada de palavras no alvorecer. Meses se passam. Coisas acontecem. Tensionamentos. Diálogos com parceiros de pesquisa. Uma questão que move e que veio de uma rica experiência. Outros encontros, de outros tempos. Momento em que não era um “problema de pesquisa”, mas que já colocava problemas para a experiência de lidar com crianças e adolescentes com “transtorno mental” em uma instituição pública de saúde⁴⁹. Tudo isso, presente na escrita. Escrita-alteridade. Com quem compartilhar tais experiências. Narrativas das experiências de pesquisar. Narrar o que aconteceu, o que tem acontecido. Receio, em alguns momentos, de cair em um “intimismo” pela narrativa em “primeira pessoa”. Mas como o texto ganhava corpo de exterioridade, criava pernas e andava. Fugia do controle. Tomava um rumo próprio. *Acontecia*.

O desafio que se colocava para esta pesquisa aproxima-se do que Walter Benjamin (1994) questionava-se enquanto historiador: como narrar uma experiência? Em um diagnóstico que faz da modernidade, Benjamin (1994) afirma que estamos pobres de experiências comunicáveis e, por isso, a “arte de narrar está em vias de extinção” e a figura do “narrador” está cada vez mais distante. Benjamin (1994) faz algumas análises desse momento histórico e diferencia o ato de narrar do “romance” e da “informação”. Ele oferta um sentido artesanal para a construção das narrativas:

“A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesanato – no campo, no mar e na cidade –, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIN, 1994, p. 205)

⁴⁹ Refiro-me à experiência no Ambulatório de Saúde Mental para crianças e adolescentes, no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), em Vitória, ES.

Sendo a narrativa uma “forma artesanal de comunicação”, a matéria-prima para as narrativas é a própria vida. Nesse sentido, Benjamin (1994) se pergunta sobre a atividade do narrador: “Não seria sua tarefa trabalhar a matéria-prima da experiência – a sua e a dos outros – transformando-a num produto sólido, útil e único?” (BENJAMIN, 1994, p.221). A narrativa seria, assim, um produto trabalhado, lapidado, moldado assim como o vaso de argila. Em direção semelhante, Brito e Barros (2014) concebem a narrativa como um “diagrama-motor do pensamento processual”. Enquanto a “narratividade” seria uma prática de pesquisa que dá visibilidade a produção de conhecimento “como uma experiência a ser analisada *na* e *com* a sua processualidade, ou seja, no caminho de feitura dessas pesquisas” (BRITO; BARROS, 2014); a “narrativa”, para as autoras, seria para construir um diagrama a partir da experiência de pesquisar:

“Trabalho meticuloso este, que faz o pesquisador operar com a narrativa como uma modalidade de “escrileitura de si e de mundo”, e não apenas como uma transcrição do dizer ou da enunciação. Na prática da pesquisa, a narrativa traciona o movimento do pensar; um trabalhoso exercício de problematização, cultivado em uma perspectiva onde as pesquisas se constituem e se vivificam na organicidade do empírico;” (BRITO; BARROS, 2014, p.5)

Concebendo a narrativa como uma “escrileitura de si e de mundo” (Brito e Barros, 2014), entendemos o momento da escrita como uma produção do campo de pesquisa e do pesquisador. Nesse sentido, não nos interessava a transcrição dos encontros e a gravação dos mesmos. Surgia para nós uma questão metodológica: *como é pesquisar sem gravar?*⁵⁰. Fazendo o uso do gravador ou não, afirmamos junto com Passos e Barros (2009), que sempre estamos em uma política da narratividade. Ou seja, mesmo a transcrição de uma entrevista tem um direcionamento no modo como é apresentada na escrita, nas conexões que se faz no texto, enfim, na vinculação com outras políticas em jogo. Para nós, o momento da escrita era de atualizar uma memória que não seria uma

⁵⁰ Questão que se coloca na construção do capítulo “Um menino que é fácil esquecer”.

lembrança guardada no cérebro ou, ainda, um arquivo de áudio. Não se trata de uma “memória-espço” e sim de uma “memória-tempo” que se atualiza na medida do narrar, da construção das narrativas. As narrativas surgem, assim, como um problema metodológico dentro do que já colocamos de uma “reversão metodológica” (PASSOS; BARROS; ESCÓSSIA, 2009), ou seja, uma experimentação do pensamento.

Nesse sentido, Passos e Barros (2009) chamam atenção para a narrativa mais do que uma metodologia de pesquisa que está aí para ser escolhida entre outras metodologias. Mesmo trabalhando com análise quantitativa de dados, usando de tabelas e gráficos, trata-se de um modo de narrar, de apresentar uma paisagem. A problemática que fica é: com quais políticas estamos nos aliando na produção de conhecimento? Qual a política de narratividade colocada para funcionar? O que ela tem permitido falar e o que ela silencia? Problemas que nos remetem ao campo metodológico porque dizem respeito ao caminho trilhado nas investigações científicas. Caminho que pode ser traçado no caminhar, fazendo uma cartografia do percurso, ou pode ser definido *a priori*, em um modelo representacional do conhecimento, numa tentativa de não perturbação das vozes e dos ruídos destoantes do definido problema de pesquisa.

A montagem dos casos era um modo de narrar um caminho percorrido, as experiências de pesquisa. Ao mesmo tempo em que nos servia para analisar as práticas de cuidado com crianças e adolescentes na Saúde Mental. Portanto, os casos eram narrados em uma política da narratividade que orientava essa montagem. Os casos não eram ao “acaso”. Os elementos do caso usados nas narrativas tinham uma função política de suscitar algumas discussões no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil. Ao mesmo tempo em que esses elementos *aconteciam*, colocavam-se como força de provocação nas narrativas, transversalizando os modos de dizer.

5.2 Transversalizar os casos.

Narrar histórias de vida nas composições com o mundo não intenta dizer “a” verdade sobre o sujeito. A construção dos casos coloca em evidência uma verdade que é parcial, não totalizante, apontando para o inacabamento dos processos de subjetivação. Continuamos com os autores acima citados no que eles colocam como uma indicação

metodológica: “agir sobre os coeficientes de transversalidade dos casos.” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 157). O que implica transgredir as formas dominantes, as sobrecodificações das experiências de vida.

O conceito “transversalidade” de Félix Guattari é usado como princípio norteador da ação intensivista⁵¹ nas políticas públicas. Transversal é o eixo comunicacional que perturba os modos de dizer dominantes, instituídos. Nem a verticalidade da hierarquia, nem a horizontalidade da homogeneização.

“Traçar a transversal é, no que diz respeito aos modos de dizer, tomar a palavra em sua força de criação de outros sentidos, é afirmar o protagonismo de quem fala e a função performativa e autopoietica das práticas narrativas. Dizer, portanto, que o intensivismo nas políticas públicas de saúde se faz pelo uso da palavra-contágio nos obriga a pensar esse método na inseparabilidade entre o modo de fazer e o modo de dizer”. (PASSOS; BARROS, 2009, p. 156)

Interessante notar que não se trata de autorizar o outro a falar, oferecer um protagonismo. Seríamos, assim, detentores de um poder: o pesquisador, a ciência, oferecendo um espaço de fala para os sujeitos silenciados. O que se coloca como direção do trabalho é a afirmação de um protagonismo, a aposta em uma fala autopoietica, inventiva, provocadora das políticas. Dar passagem aos materiais de expressão diversos. Montar alguns dispositivos⁵² que traçam linhas de visibilidade e dizibilidade que tensionem (de tensão) linhas duras do dizer. Nesta pesquisa, a

⁵¹ Os autores fazem uma distinção no campo da saúde entre método extensivista e método intensivista. O primeiro refere-se à ação que impõe um procedimento por força da lei para alcançar resultados em massa. Mais do que alcançar maior número de pessoas, o que se pretende é massificar comportamentos. O exemplo dado é a palavra de ordem “use camisinha”, proferida pelas campanhas de governo nos anos 80 para enfrentar um problema de saúde pública, a AIDS. Junto a esse imperativo estava a noção de “risco” (grupo, fator, comportamento). Esse método extensivista não tem sido eficaz e tem gerado custos, dentre eles o preconceito e a estigmatização. As ações de governo nesse âmbito passaram a serem exitosas quando adotaram o método intensivista. Reinventar o modo de dizer, o modo de comunicar com a população. Assim, incluir diferentes atores, os “destinatários” da política (usuários de droga, profissionais do sexo, homossexuais) fazendo proliferar vozes, perturbando a política, num movimento fora da máquina de Estado. É o princípio da transversalidade que faz constituir um plano coletivo, que instaura a dimensão pública das políticas. (PASSOS; BARROS, 2009)

⁵² Noção formulada por Gilles Deleuze. O dispositivo é montado por linhas de visibilidade e de dizibilidade que estão em constante transformação. (DELEUZE, G. (1990). O que é um dispositivo? Em: Michel Foucault, filósofo. Gedisa: Barcelona. pp.155-161).

construção dos “casos” nos serviu como dispositivo para colocar em análise as práticas de cuidado no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil.

Passos e Barros (2009) colocam que a pesquisa em saúde toma o caso entre a clínica e a política por um procedimento próprio, o método clínico-político. Nessa metodologia, opta-se pelo procedimento de desmontagem, que se difere do procedimento da redundância. Narrar pela redundância significa tomar o caso pelo exagero. É um amontoado do mesmo. Abundância que faz repetir e não diferir, reforçando a identidade e a clareza do caso.

“É uma operação de repetição que o caso é narrado: o circunlóquio, a repetição circular do mesmo garante um sentido inquestionável, claro e distinto, ou garante um padrão social. Esse padrão de que o caso é uma figura narrativa – isto é, o caso sendo um caso do padrão – opera como um fundo sobre o qual o caso se destaca. Padrão e caso, fundo e figura: é essa dinâmica do procedimento narrativo que chamamos de redundância”. (PASSOS; BARROS, 2009, p. 158).

Os autores colocam que narrando pelo procedimento da redundância, o caso se apresenta como uma forma segregada, com limites bem demarcados, tal como nas grandes narrativas, nas epopeias. Citam Deleuze e Gattari (1977) no que eles fazem de crítica às “grandes literaturas”, onde o caso “é sempre o caso de um padrão, repetindo o que se supõe como regra geral ou “fundo” a partir do que tudo se destaca repetindo o imperativo legal”. (PASSOS; BARROS, 2009, p. 160). Trata-se de uma operação de repetição que garante um sentido inquestionável para o caso que emerge de um fundo social, de uma estrutura ou de uma regra cultural. Nesse sentido, poderíamos tomar a narrativa abaixo, um caso de “Ação Civil Pública, com pedido de Tutela Liminar” como montado por um procedimento de redundância, portanto, como uma “grande narrativa”:

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Promotoria de Justiça de Itapemirim

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DE FAMÍLIA, ÓRFÃOS, SUCESSÕES, INFÂNCIA E JUVENTUDE DA COMARCA DE ITAPEMIRIM-ES.

(...)

AÇÃO CIVIL PÚBLICA, COM PEDIDO DE TUTELA LIMINAR (artigo 213, § 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente), com preceito cominatório de obrigação de fazer, sob o rito ordinário, para a proteção de interesse individual indisponível do adolescente XXXX XXXXXXXX, brasileiro, solteiro, sem ocupação definida, filho de YYYY YYYY YYYY e WWWWWWWW WWW, nascido em XXXXXX, residente na localidade de XXXX, neste Município, em face do **MUNICÍPIO DE ITAPEMIRIM**, na pessoa do Prefeito Municipal, pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

I. DOS FATOS

O adolescente XXXX XXXX XXXX, filho de YYYY YYYY YYYY e WWWWWWWW WWW, nascido em XXXX, conforme apurado em procedimento verificatório nº 001/2004, em trâmite nesta Promotoria de Justiça, é portador de anomalia psíquica, conforme receita médica preliminar, subscrita pelo Dr. MMMM, da Secretaria Municipal de Saúde, acostada às fls. XX dos mencionados autos, necessitando, pois, de internação em estabelecimento especializado, sob o risco de periculosidade social. Em visita efetuada pelo Conselho Tutelar, visando a aplicação da medida de proteção acima apontada, o adolescente, que é surdo-mudo, demonstrou muita agressividade, afirmando através de gestos que não se importa com as pessoas de sua casa, nem tampouco de agredi-las, valendo ressaltar que o menor costuma utilizar facões e foices para consumir as agressões. Foram ouvidos, nesta Promotoria de Justiça, vários vizinhos do adolescente, que afirmaram que o mesmo “(...) *é muito violento com os pais, que já são pessoas idosas e doentes* (...)”.

(...)

(Ação Civil Pública disponibilizada no site: www.mp.ma.gov.br/.../ACP-... Acesso em 14/11/2012).

Há um modo de dizer sobre o “adolescente” pautado na regularidade, em uma identidade - tanto que é um documento modelo disponível na internet. Trata-se de uma exposição “dos fatos”. O “menor” é “portador de anomalia psíquica”, “sob o risco de periculosidade social”, é “surdo-mudo”, agressivo, “não se importa com as pessoas de sua casa”. Está aí um caso montado por exagero, como discutimos acima. Todos os elementos convergem para a única solução que é a “internação em estabelecimento

especializado”. *Como interferir nas “grandes narrativas”? Como forçar outros modos de narrar que sejam mais provocativos e que forcem perturbações nas naturalizações?*

Traçar a transversal nessas maneiras hegemônicas de narrar é a proposta das narrativas dos casos. Fazer um desvio das “grandes narrativas”. Narrar com elementos diversos, que não sejam os repetidos termos jurídicos, psiquiátricos, psicológicos. Um caso, mil forças. Acompanhar como essas forças se compõem, se conectam, se cruzam e fazem surgir mundos. Narrar essas composições, os encontros e não a vida particular e individual do caso psicológico, por exemplo.

Nesse sentido, uma outra política da narratividade apresentada por Passos e Barros (2009) pauta-se no procedimento da desmontagem. Nesse procedimento, o caso explode, fazendo surgir estilhaços de casos. Não mais a unidade de uma identidade, de uma história linear – passado, presente, futuro. O caso traz à cena outros casos de diferentes planos: político, sexual, judiciário, educacional. Ele não se remete, como na narrativa pela redundância, aos outros casos iguais e não emerge de um fundo padrão, de uma estrutura. Fundo aqui funciona como plano de dissolvência, experiência de desmontagem do caso que afirma sua inespecificidade.

Todo caso é tanto uma propriedade de si (o caso de fulano, o meu caso, o caso do grupo, caso da clínica) quanto uma abertura para a sua própria dissolvência: eis uma afirmação paradoxal de que não podemos nos furtar na clínica. Uma maneira própria de se dissolver, um estilo de dissolvência; um percurso de devir.

“Queremos afirmar que toda propriedade de si guarda um fundo de impropriedade, de impessoalidade que faz da experiência clínica uma prática nunca completamente privada ou particular, mas pública, isto é, atravessada pela polis, pela política.” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 162).

Construir os casos foi um dispositivo usado nesta pesquisa que visava transparecer as políticas em jogo, as práticas de cuidado que atravessam e montam um campo denominado “Saúde Mental de crianças e adolescentes”. Montar as narrativas dos casos de meninos e meninas que fazem uso de algum equipamento desse campo nos

direcionava a uma abertura para a impessoalidade, ou seja, como aquilo que faz acessar um plano das forças, das produções das práticas, das políticas. Nesse momento, há uma co-emergência dos elementos no campo: meninas, meninos, profissionais, políticas, diagnósticos, serviços, crises, construções.

Ter como aposta metodológica uma política da narratividade que se pauta nos desvios das “grandes narrativas”, operando com o procedimento de desmontagem suscita algumas questões no que diz respeito a paradigmas de pressupostos científicos. Se os casos são produzidos a partir de conexões próprias, de uma regularidade própria das práticas, de uma singularidade, como o caso pode referir-se a um campo de atuação, à uma política de Saúde Mental? Tal caso seria representativo? O caso forneceria dados suficientes para retratar um campo? Para discutir essas questões recorreremos as problematizações que Rodrigues (2010) faz ao abordar uma certa metodologia de História Oral.

5.3 A escrita como *patchwork*.

Rodrigues (2010) aposta que uma certa prática em História Oral possa contribuir para um processo de dessujeição metodológica e para uma interferência nas “certezas investigantes”. A autora coloca que usualmente os métodos em Pesquisa Social têm produzido sujeições tanto nos “pesquisadores” quanto nos “pesquisados”, ou seja, nos narradores do processo. As narrativas são sujeitas à confirmação das hipóteses de pesquisa ou interpretadas dentro de um sistema teórico tomado como óbvio. A autora aborda o trabalho do oralista italiano Alessandro Portelli no que ele problematiza sobre dois pressupostos metodológicos que podem funcionar como sujeitadores: a representatividade do entrevistado e a reflexividade por parte do entrevistador. Vamos nos debruçar sobre o primeiro.

As peculiaridades dos relatos orais evidenciam a parcialidade, que coloca em xeque a representação de quem narra em relação ao grupo que pertence. Dentro do pressuposto metodológico da representatividade, o entrevistado representa uma classe social, um gênero, uma família, enfim, um grupo do qual o entrevistador coleta informações e busca evidenciar tendências e regularidades. No entanto, cada nova narrativa pode

explodir as generalizações e modificar as conclusões da investigação. Os casos dos meninos e meninas narrados nesta pesquisa não representavam um grupo maior, qual seja “o público infanto-juvenil da Saúde Mental”. O sentido era de desviar dessa massa homogênea e representacional para construir os “ca(u)sos” em suas forças de singularização.

Já que não é possível, nessa perspectiva da História Oral, fazer generalizações como não cair no outro extremo que é de um individualismo? Que valor tem as idiossincrasias para a pesquisa sociológica que investiga “o social”? Questionamentos de Portelli apresentados por Rodrigues (2010).

Colocando-se outros problemas a tais perguntas, questionaríamos: o que é o “individual” e o que é o “social”? As respostas são bem diferentes se entendemos tais categorias separadas e em blocos ou se concebemos a “subjetividade” e a “objetividade” em codependência e como pedaços estilhaçados que podem formar algo, numa realidade complexa. O oralista Portelli usa a imagem de um mosaico ou um *patchwork* para tratar dessa realidade que é o mundo:

“A história oral oferece menos uma grade de experiências-padrão do que um horizonte de possibilidades compartilhadas, reais ou imaginadas. O fato de que essas possibilidades raramente estejam organizadas em [...] padrões coerentes indica que cada pessoa entretém, a cada momento, múltiplos destinos possíveis, percebe diferentes possibilidades e faz escolhas diferentes de outras na mesma situação. Esta miríade de diferenças individuais [...] serve para lembrar que, além da necessária abstração da grade das ciências sociais, o mundo real é mais semelhante a um mosaico ou um *patchwork* de diferentes pedaços, que se tocam, superpõem e convergem, mas igualmente acalentam uma irredutível individualidade”. (PORTELLI, 1997a, p. 88 *apud* RODRIGUES, 2010, p. 195).

Nota-se que as regularidades não são abandonadas. Aponta-se para algo mais: as singularidades, as virtualidades, que muitas vezes são sufocadas pela “abstração da grade das ciências sociais”. “Há, é claro, diagramas que incidem nas pedras do mosaico ou retalhos do *patchwork* no sentido de estabilizá-lo; mas tais diagramas tampouco totalizam “um” ou “o” real social.” (RODRIGUES, 2010, p. 196).

O que se faz nas “grandes narrativas”, nas “literaturas maiores” é enfatizar esses diagramas, a repetição do mesmo, reduzir as diferenças às convergências. Enfatizamos com a montagem dos “ca(u)sos” o que surge como singularidade. Nesse sentido, apontamos que as práticas de cuidado também surgem na disponibilidade de acompanhar “cada caso” e, assim, poder contribuir na construção de políticas que sejam públicas, ou seja, em intervir em “todos os casos”.

Voltamos, sem sair dela, ao que iniciamos esse texto: a escrita. Escrever os processos de pesquisa e montar os casos seria costurar retalhos de *patchwork*. Desse modo, tal como Benjamin (1994), concebemos as narrativas como artesanais. Tendo como matéria-prima a própria vida, a escrita transforma em “*vida mosaico*” (para usar a outra imagem recurso do oralista Portelli). Uma política da narratividade que nos indica uma vida em constante acabamento, montada e desmontada, feita de lutas e de forças. Criamos “diagramas de integibilidade”, cartografamos as práticas de cuidado, traçamos os percursos institucionais de meninos e meninas, produzimos encontros. A escrita como essa produção de um terreno não homogêneo. Como construção de um caminho que oferece sustentação para as andanças, ao mesmo tempo em que é produzido a cada passo. Escrever políticas que sejam públicas. O modo de conceber a escrita que estamos afirmando nos é recurso para pensar um modo de construir políticas, um modo de estar no campo de atuação (como o da Saúde Mental Infanto-juvenil), uma maneira de produzir conhecimento, um *ethos* de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma Menina-personagem

Primeiros dias de trabalho em uma Unidade de Saúde. Chego à sala do Serviço Social, vejo um homem conversando com a profissional. Escuto ele dizer que sua filha estava no Adauto Botelho, o Hospital Psiquiátrico que não tem mais esse nome, mas é com ele que as pessoas se referem. Ouço a assistente social orientar que ele deveria levar o encaminhamento para marcar a consulta ao psiquiatra para sua filha. Ouvindo o diálogo, lembro-me do e-mail que havia lido no dia anterior. Era da área técnica de Saúde Mental e comunicava a alta de uma adolescente e o seu encaminhamento para o município. Interferi na conversa e perguntei se aquele homem seria o pai daquela adolescente do e-mail. Ele confirmou. Pedi que fosse até a sala de Psicologia, depois que terminasse sua conversa com a assistente social. Conversou comigo com a testa franzida de preocupação. Ele não entendia o que sua filha tinha e estava assustado de vê-la daquele jeito. Levantou-se e começou a imitar o que a filha estava fazendo. O olhar vagando, ficava pulando, falando besteiras, quebrando copos, agrediu a madrasta, e ficava imitando um bebê. Perguntou-me se isso tem cura. Respondi que ela vai melhorar sim, mas é preciso cuidar. Contou-me um pouco a história de sua filha, tentando localizar uma possível causa de seu adoecimento. Assim também fazia a mãe da Menina quando a chamei para conversar. Ela mesma disse que antes de ir ao meu encontro, pensou: *“vou ter que falar tudo de novo”*. A sua filha já tinha feito acompanhamento psicológico em outra Unidade de Saúde e, na época, a mãe da Menina também foi chamada pela profissional. Essa busca de explicação do nexos causal da doença tem cheiro de culpabilização. Mas ouvir as histórias, como a menina é contada pela mãe, pelo pai faz parte da composição da narrativa, da montagem do caso. Não como a busca da verdade, mas como costura de retalhos. Também ouvi os laudos médicos com os diagnósticos de “transtorno bipolar”, que veio de um ambulatório de psiquiatria e, depois, de “esquizofrenia hebefrênica”, vindo de outra internação psiquiátrica que a Menina passou. A escola será também outro elemento a compor este caso, quando nos aproximamos para tentar inseri-la no ambiente escolar. A escola traduzia essa aproximação da maneira como estão habituados a dizer, por meio da

“educação especial”. Assim, esperamos mais de um mês para que uma professora especial chegasse à escola para que a Menina pudesse, então, voltar a estudar.

A Menina chega pela primeira vez à Unidade de Saúde para ser atendida. Estava eu atendendo outro usuário, quando uma profissional bate na porta, abre e fala: “*A sua paciente chegou. Você vai chamar logo? Ela tá assustando as outras crianças*”. Respondi que ela poderia aguardar. Continuava o atendimento que fazia e ao mesmo tempo pensava: Essa Unidade tem Programa de Saúde Mental há tanto tempo e não está acostumada com isso? Fazia a Menina aguardar o seu horário na recepção como maneira de intervir naquela equipe, forçando a presença de um usuário que não é só “da Saúde Mental”, mas da Unidade de Saúde. A Menina, depois, entra na sala de Psicologia. Logo deita-se no chão, começa a chorar e reclamar que sentia câimbras. Sento-me no chão e começo a fazer massagem em suas mãos e nos braços. Chamava-me de “*titia*” e fazia uma voz infantilizada. Dizia-me: “*minha vida é uma desgraça, tia*”. Chorou mais. Cuspiu no chão. Quis lavar as mãos. Molhou a sala. Tentou pular a janela. Cantou músicas evangélicas. Chorou de novo. Marquei outro atendimento. Quando contei para uma colega de trabalho sobre o caso, ela me questionou: “*Você vai atender essa Menina? Como?*”.

A Menina sumiu, não voltou. Liguei para a madrastra, que me informou que a Menina foi internada novamente. Peço para me procurarem quando ela tivesse alta. A Menina volta a Unidade para seu atendimento. Surpreendo-me ao vê-la na recepção, toda arrumada, com maquiagem e cabelos penteados. Surpresa maior foi ouvi-la contando suas experiências na internação, como ela estava em casa e sobre suas impressões e questionamentos a respeito do que lhe acometia. Perguntava: “*Vou ter que tomar remédios para sempre? Vou melhorar? Por que estou assim?*”. Entre perguntas e respostas, a Menina ia contando sua história. Certa vez, perguntei o que ela estava achando dos atendimentos. Ela disse: “*Aqui parece um teatro, parece que eu sou uma personagem, fico contando sobre mim*”.

Termino esta dissertação montando o caso de uma *Menina-personagem*. No tempo presente, trabalho em uma equipe de Saúde Mental, em uma Unidade Básica de Saúde, em um município da região metropolitana que não conta com o dispositivo do CAPS. Além disso, a precarização das políticas sociais faz com que não haja uma rede efetiva

para um cuidado intersetorial. Lidamos com escassez de profissionais e estruturas físicas inadequadas. Infeliz retrato de vários municípios do Brasil. A aposta da Saúde Mental estar presente na Atenção Básica e, assim, a pessoa com “transtorno mental” ser cuidada integralmente, se esvazia na prática cotidiana do serviço que tem o Programa de Saúde Mental como atenção especializada. Ouço frequentemente dos profissionais da Unidade de Saúde: “*chegou o seu paciente*”, “*o paciente da Saúde Mental está aí*”. Essa qualificação de pertencimento (“da Saúde Mental”) segrega o cuidado e reafirma um cuidado especialista, apesar de estar na Atenção primária em saúde. Mesmo assim, os sujeitos forçam os limites de tal segregação, mobilizam vários profissionais em episódios de surto, instigam com seus jeitos “desalinhados”, com seus penteados “esquisitos”, com os olhares “arregalados”.

Existências que provocam, perturbam, colocam em questão o funcionamento habitual. A colega de trabalho me pergunta: “*você vai atender essa Menina?*”. Questionava o atendimento psicológico dada a situação em que a Menina-personagem se encontrava. Como estabelecer outras vias de cuidado, outras linguagens, outros formatos de atendimento? Desafios-limite que esse campo de atuação coloca. Todo o tempo nos esbarramos no limite que é da decisão em saúde. Quem decide sobre a saúde do outro? Que relação é essa dos cuidados em saúde? Qual o nosso raio de intervenção? Assim, nos deparamos com sujeitos que não querem ir ao médico, resistem em tomar medicação, recusam em aderir ao tratamento, não saem de casa. Como ver nessas “negativas” afirmação da vida? Como não transformar nosso trabalho em frustração? Como não cair em repetição de visitas, relatórios, consultas?

Em meio a tais questionamentos, coloco as últimas considerações deste trabalho como “*considerações infundáveis*”, resgatando e adensando as discussões e problematizações dessa pesquisa, para considerar as “análises das práticas” como recurso que não se limita a essa dissertação. Que seja uma ferramenta utilizada no cotidiano dos serviços, nos encontros com cada menino e menina na Saúde Mental e em outros campos de atuação, pois afirmamos uma postura que atravesse outras políticas, que transversalize as práticas. Lembremo-nos da “*postura Contestado*” de Maria, que nos mostrou que mesmo dentro de uma instituição asilar como a que a Menina-moça reside, são possíveis algumas saídas, invenções, desvios.

Consideramos que a “montagem dos casos” sirva para visibilizar as práticas de cuidado, as políticas em jogo, as linhas de invenção, os percursos institucionais, as conexões e articulações. Montando e desmontando “o caso” para poder operar deslocamentos, mudanças de olhar, desnaturalizações. A Menina-personagem comparou os atendimentos ao teatro. Seguimos montando personagens que nos ajudam a protagonizar essa vida. Olhar para os sujeitos que nos chegam aos serviços de Saúde Mental, ou em outros campos, como personagens retira o peso de uma verdade absoluta, seja do lado do usuário que está em “sofrimento”, seja do lado do profissional que “tem que dá conta de ajudar”. Padecer de tais “absolutizações” provoca adoecimento no trabalho, pois justamente individualiza questões políticas que são as práticas de cuidado históricas, empreendidas no tecido social, com suas regularidades próprias, como coloca Foucault (2003). Para visibilizar as práticas, transversalizamos os casos, envolvendo elementos jurídicos, econômicos, sexuais, psicológicos, educacionais e tantos outros, como considerado em uma política da narratividade orientada pelo procedimento de desmontagem – que difere do procedimento de redundância (PASSOS; BARROS, 2009). Este se pauta no exagero do caso, na repetição do mesmo e nas saídas-padrão, tal como vimos na Ação Civil Pública em que todos os elementos apresentados convergem para uma única solução, a internação do menino.

Consideramos as práticas asilares como práticas a serem enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica. A Menina-moça nos indicou quais são os *lugares* de onde é preciso sair para construir outra história para a Saúde Mental Infanto-juvenil. Infantilização, serialização do cuidado, medicalização, psiquiatrização, segregação, exclusão. Os efeitos das práticas do abrigo são desafios que se colocam não somente no espaço físico no abrigo, como também na lida cotidiana com crianças, adolescentes e adultos na Saúde Mental. Vimos que em uma Unidade Básica de Saúde, a segregação em forma velada de pertencimento – “da Saúde Mental”. Vimos com o “*Menino que é fácil esquecer*”, uma política que também segrega em espaços de especialismos.

O “*Menino que pulava para falar*” também nos indicou alguns lugares produzidos para crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental: perambulando de serviço em serviço, permanecendo em lista de espera, sendo expulso da escola, da APAE e não entrando no CAPS. *Consideramos* que tais práticas de cuidado, naturalizadas por

tipologias, critérios e estruturas de serviço, precisariam ser remetidas ao processo de constituição desses lugares-comuns. Essa é a função da análise das práticas, como coloca Foucault (2003): “Ajudar, de uma certa maneira, para que se escamem algumas “evidências”, ou “lugares-comuns”, (...) participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância etc”. (FOUCAULT, 2003, p. 347).

Consideramos que esse exercício de deslocamento se sustenta em um trabalho coletivo. Vimos com o “*Caso Congresso*” a força de mobilização dos trabalhadores, dos movimentos sociais, dos analisadores que convocam para a discussão das práticas cotidianas do cuidado. Com essa narrativa apontamos algumas pistas para a construção de políticas que sejam públicas. São elas: a afirmação de que as práticas de cuidado são políticas e, assim, podem ser historicizadas e problematizadas; o trabalho articulado como passagem para as conexões potentes do campo; mapear quais tipos de conexões estão atuando para, então, construir as políticas públicas em um caminho singular, com cada menino e menina que faz uso de algum dispositivo da Saúde Mental.

Por fim, *consideramos* o processo de escrita dessa dissertação como um *patchwork*, conjunto de retalhos que vai se compondo no infundável trabalho das análises das práticas. Falamos de um *ethos* de pesquisa em uma problematização metodológica de acompanhar os processos que movem o campo e o constitui. Tal postura é o que *consideramos* também na montagem dos casos e na construção de políticas públicas. Trabalho artesanal, artístico. Atuação protagonizada no palco da vida. *Consideramos* teatralizar as ações, não para representá-las, mas para cada vez atualizá-las de modo diferente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMSTALDEN, A. L. F; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA, O. Y. (Orgs). **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. pp. 33-45.

BARROS, M. E. B. de; PIMENTEL, E. H. do C. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. *Polis e Psique*, v. 2, n. 2., p. 3-22, 2012.

BARROS, R. B. de; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, v. 17, n. 9, 389-394, 2005.

BARROS, R. B. de; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 561- 571, 2005b.

BENJAMIN, W. **O narrador**: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde / Política Nacional de Humanização. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRITO, J. M.; BARROS, M. E. B. Tecendo pesquisas e políticas públicas: a saúde do professor, o território e a narratividade na educação. **Comunicações ANPAE**, 2014. Disponível em: <http://www.anpae.org.br/simposio26>. Acesso em 05/06/2014.

CIESP. Do confinamento ao acolhimento. Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos. **O cerne da questão: síntese dos dados apontados pela pesquisa**. Rio de Janeiro: CIESP/Rio. 52p. 2008.

COSTA E SILVA, A. Estas primeiras histórias. In: ROSA, J. G. (1908-1967). **Primeiras histórias**. 1 ed especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. Rio de Janeiro:

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012. 178 fls. Tese Doutorado.

COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. de (orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003. pp. 191-198.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 30, n. 4, 384-389, 2008.

DELEUZE, G.. Políticas. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Platô 8. 1874 – Três novelas ou “o que se passou?”. In: **Mil Platôs Vol 3.: Capitalismo e Esquizofrenia 2**. Rio de Janeiro: Ed.34, 2012. Trad. Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. p.69 - 90.

ELIA, L. Caros colegas e integrantes da rede, e colegas destinatários a quem endereço também esta mensagem, do meio acadêmico-científico brasileiro. Disponível em: capsinareforma@yahoo grupos.com.br. Acesso em 02 de Novembro de 2012.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: **Ditos e escritos IV**. Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. pp.335-351.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade (1978). In: Machado, R (Org). **Microfísica do Poder**. São Paulo: Graal, 2006. p. 277-293.

FOUCAULT, M. **O poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511p.

GUATTARI, F. Devir criança, malandro, bicha. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 64-69.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. de (Orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento – uma contribuição no campo da Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, FUMEC, 2003. p. 171 – 189.

JABERT, A. **Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido**: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo. Rio de Janeiro: Escola Nacional De Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz - Ministério da Saúde, 2001. Dissertação de Mestrado.

LOBO, L. F. **Os Infames da História: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MACHADO, L.D; LAVRADOR, M.C.C. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, ano 10, n. 1, 118-133, 2010. Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br>. Acesso em 23/03/14.

MACHADO, L.; LAVRADOR, M. C. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C.; BARROS, M. E. (Orgs.). **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 45-58, 2001.

PASSOS, E; BARROS, R. B. de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 1, 071-079, 2000.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; DA ESCÓSSIA, L (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**. Pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p 150-171.

PASSOS, E; KASTRUP, V; DA ESCÓSSIA, L (Orgs.). Apresentação. **Pistas do método da cartografia**. Pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p 07-16.

PESSOA, F. Poemas de Alberto Caeiro: obras poética II. Porto Alegre, RS: L&PM , p. 34, 2008.

PORTELLI, A. **A Filosofia e os Fatos**. Narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. Tempo, 1(2), 59-72, 1996.

RIBEIRO, P. M. R. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, 29-38, 2006.

RIZZINI, I e equipe. Texto elaborado para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Disponível em: http://www.ciespi.org.br/base_legis/baselegis_view.php?id=19. Acesso em 20/07/2013.

RIZZINI, I. Crianças e menores: do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: PILOTTI, F. e RIZZINI, I (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RODRIGUES, H. de B. C. A história oral como intercessor: em favor de uma dessujeição metodológica. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, 10(1), 190-203, 2010.

ROLKE, R. K.; AVELLAR, L. Z.; RONCHI, J. P. (2012). Saúde Mental Infanto-juvenil: avanços e desafios na constituição de um serviço. In NASCIMENTO, A. S.; AVELLAR L. Z.; BARBOSA P. V. (Orgs.). **Infância e juventude: promovendo diálogos e construindo ações**. Vitória, ES: GM Ed, 2012. p. 47-68.

ROSA, C. A.; LUZIO, A. C.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ROSA, J. G. (1908-1967). **Primeiras estórias**. 1 ed especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

SCHEIVAR, E.. Avances y limites de la legislacion en vigor para la infancia y la adolescencia en Brasil. **Revista de Estudios Sobre Juventud**, México, D.F., n. 22, p. 112-127, 2005. Disponível em: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/producoes.html>. Acesso em 30/06/2013.

TENÓRIO, F.. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VEYNE, P.. **Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história.** Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1992. pp. 151-181.

XAVIER, A.. **As ações, lutas, estratégias e desafios do Movimento de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente no Espírito Santo.** Vitória: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas- Universidade Federal do Espírito Santo, 2008. 167 p. Dissertação (Mestrado em Política Social).

ANEXO A

Sorôco, sua mãe, sua filha

(Conto de Guimarães Rosa)

Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m.

As muitas pessoas já estavam de ajuntamento, em beira do carro, para esperar. As pessoas não queriam poder ficar se entristecendo, conversavam, cada um porfiando no falar com sensatez, como sabendo mais do que os outros a prática do acontecer das coisas. Sempre chegava mais povo - o movimento. Aquilo quase no fim da esplanada, do lado do curral de embarque de bois, antes da guarita do guarda-chaves, perto dos empilhados de lenha. Sorôco ia trazer as duas, conforme. A mãe de Sorôco era de idade, com para mais de uns setenta. A filha, ele só tinha aquela. Sorôco era viúvo. Afora essas, não se conhecia dele o parente nenhum.

A hora era de muito sol - o povo caçava jeito de ficarem debaixo da sombra das árvores de cedro. O carro lembrava um canoão no seco, navio. A gente olhava: nas reluzências do ar, parecia que ele estava torto, que nas pontas se empinava. O borco bojudo do telhadilho dele alumiava em preto. Parecia coisa de invento de muita distância, sem piedade nenhuma, e que a gente não pudesse imaginar direito nem se acostumar de ver, e não sendo de ninguém. Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe.

O Agente da estação apareceu, fardado de amarelo, com o livro de capa preta e as bandeirinhas verde e vermelha debaixo do braço. - "Vai ver se botaram água fresca no carro..." - ele mandou. Depois, o guarda-freios andou mexendo nas mangueiras de

engate. Alguém deu aviso: "Eles vêm!... " Apontavam, da Rua de Baixo, onde morava Sorôco. Ele era um homenzão, brutalhudo de corpo, com a cara grande, uma barba, fiosa, encardida em amarelo, e uns pés, com alpercatas: as crianças tomavam medo dele; mais, da voz, que era quase pouca, grossa, que em seguida se afinava. Vinham vindo, com o trazer de comitiva.

Aí, paravam. A filha - a moça - tinha pegado a cantar, levantando os braços, a cantiga não vigorava certa, nem no tom nem no se-dizer das palavras - o nenhum. A moça punha os olhos no alto, que nem os santos e os espantados, vinha enfeitada de disparates, num aspecto de admiração. Assim com panos e papéis, de diversas cores, uma carapuça em cima dos espalhados cabelos, e enfunada em tantas roupas ainda de mais misturas, tiras e faixas, dependuradas - virundangas: matéria de maluco. A velha só estava de preto, com um fichu preto, ela batia com a cabeça, nos docementes. Sem tanto que diferentes, elas se assemelhavam.

Sorôco estava dando o braço a elas, uma de cada lado. Em mentira, parecia entrada em igreja, num casório. Era uma tristeza. Parecia enterro. Todos ficavam de parte, a chusma de gente não querendo afirmar as vistas, por causa daqueles transmodos e despropósitos, de fazer risos, e por conta de Sorôco - para não parecer pouco caso. Ele hoje estava calçado de botinas, e de paletó, com chapéu grande, botara sua roupa melhor, os maltrapos. E estava reportado e atalhado, humildoso. Todos diziam a ele seus respeitos, de dó. Ele respondia: - "Deus vos pague essa despesa..."

O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais. De antes, Sorôco agüentara de repassar tantas desgraças, de morar com as duas, pelejava. Dai, com os anos, elas pioraram, ele não dava mais conta, teve de chamar ajuda, que foi preciso. Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências de mercê. Quem pagava tudo era o Governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios. O se seguir.

De repente, a velha se desapareceu do braço de Sorôco, foi se sentar no degrau da escadinha do carro. - "Ela não faz nada, seo Agente..." - a voz de Sorôco estava muito

branda: - "Ela não acode, quando a gente chama... " A moça, ai, tornou a cantar, virada para o povo, o ao ar, a cara dela era um repouso estatelado, não queria dar-se em espetáculo, mas representava de outroras grandezas, impossíveis. Mas a gente viu a velha olhar para ela, com um encanto de pressentimento muito antigo - um amor extremoso. E, principiando baixinho, mas depois puxando pela voz, ela pegou a cantar, também, tomando o exemplo, a cantiga mesma da outra, que ninguém não entendia. Agora elas cantavam junto, não paravam de cantar.

Aí que já estava chegando a horinha do trem, tinham de dar fim aos aprestes, fazer as duas entrar para o carro de janelas enxequetadas de grades. Assim, num consumo, sem despedida nenhuma, que elas nem haviam de poder entender. Nessa diligência, os que iam com elas, por bem-fazer, na viagem comprida, eram o Nenêgo, despachado e animoso, e o José Abençoado, pessoa de muita cautela, estes serviam para ter mão nelas, em toda juntura. E subiam também no carro uns rapazinhos, carregando as trouxas e malas, e as coisas de comer, muitas, que não iam fazer minguá, os embrulhos de pão. Por derradeiro, o Nenêgo ainda se apareceu na plataforma, para os gestos de que tudo ia em ordem. Elas não haviam de dar trabalhos.

Agora, mesmo, a gente só escutava era o acorção do canto, das duas, aquela chirimia, que avocava: que era um constado de enormes diversidades desta vida, que podiam doer na gente, sem jurisprudência de motivo nem lugar, nenhum, mas pelo antes, pelo depois.

Sorôco. Tomara aquilo se acabasse. O trem chegando, a máquina manobrando sozinha para vir pegar o carro. O trem apitou, e passou, se foi, o de sempre.

Sorôco não esperou tudo se sumir. Nem olhou. Só ficou de chapéu na mão, mais de barba quadrada, surdo - o que nele mais espantava. O triste do homem, lá, decretado, embargando-se de poder falar algumas suas palavras. Ao sofrer o assim das coisas, ele, no oco sem beiras, debaixo do peso, sem queixa, exemplo. E lhe falaram: - "O mundo está dessa forma... "Todos, no arregalado respeito, tinham as vistas neblinadas. De repente, todos gostavam demais de Sorôco.

Ele se sacudiu, de um jeito arrebatado, desacontecido, e virou, pra ir-s'embora. Estava voltando para casa, como se estivesse indo para longe, fora de conta.

Mas, parou. Em tanto que se esquisitou, parecia que ia perder o de si, parar de ser. Assim num excesso de espírito, fora de sentido. E foi o que não se podia prevenir: quem ia fazer siso naquilo- Num rompido - ele começou a cantar, alteado, forte, mas sozinho para si - e era a cantiga, mesma, de desatino, que as duas tanto tinham cantado. Cantava continuando.

A gente se esfriou, se afundou - um instantâneo. A gente... E foi sem combinação, nem ninguém entendia o que se fizesse: todos, de uma vez, de dó do Sorôco, principiaram também a acompanhar aquele canto sem razão. E com as vozes tão altas! Todos caminhando, com ele, Sorôco, e canta que cantando, atrás dele, os mais de detrás quase que corriam, ninguém deixasse de cantar. Foi o de não sair mais da memória. Foi um caso sem comparação.

A gente estava levando agora o Sorôco para a casa dele, de verdade. A gente, com ele, ia até aonde que ia aquela cantiga.

ANEXO B

Municípios	Vitória, Serra, Cariacica, Vila Velha, Aracruz, Muqui, São Mateus, Ibraçu, Jaguaré, João Neiva, Guarapari, Mimoso do Sul, Itaguaçu, Afonso Cláudio, Vargem Alta, Cachoeiro do Itapemirim, João Neiva, Santa Leopoldina, Alfredo Chaves, Presidente Kenedy, Muqui, Bom Jesus do Norte, Domingos Martins, Baixo Guandu, Colatina. (25 municípios)
Instituições	CAPSi, CAPSad, CAPS II, CPTT, Pestalozi, SESA, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, HUCAM, Universidades (UVV, Univix, UFES, Salesiano), Vara da Infância e Juventude, IASES, Lar Semente do Amor, HEAC, SEMAS, ASSOPAES, CRESS, SindiPsi, Núcleo da Luta Antimanicomial, Estação do Conhecimento.
Profissões	Psicologia, Assistência Social, Pedagogia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Medicina, Conselheiro Tutelar, Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do I Seminário de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do Espírito Santo.